

SKRIFTSERIE FOR LEGER:
Utdanning og kvalitetsutvikling

Peter F. Hjort

Peter F. Hjort

UHELDIGE HENDELSER I HELSETJENESTEN

Pasientfortellinger

Uheldige hendelser i helsetjenesten - Pasientfortellinger



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Postboks 1152 Sentrum 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 • Faks 23 10 91 00
www.legeforeningen.no

ISBN- 13 978-82-8070-086-5



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

I denne boken tar Peter F. Hjort (1924-2011) for seg 50 tilfeller av uheldige hendelser i helsetjenesten. Historiene er hentet fra Norsk pasientskadeerstatnings store arkiv med mange tusen saker. Hjort tenkte at dette materialet kunne brukes som grunnlag for å få frem pasientenes opplevelser når noe går galt i helsetjenesten. Hver av de femti fortellingene i boken innledes med et sammendrag av hendelsesforløpet, etterfulgt av forfatterens refleksjon. Boken gir også en innføring i temaet uheldige hendelser i helsetjenesten og presenterer et grundig og systematisk forslag til hva som må gjøres. Det er forfatterens håp at boken vil stimulere til refleksjon, ettertanke og læring. Dette er blitt en bok som ikke bare henvender seg til tankene og hjernen, men også til følelsene og hjertet.

Denne boken kan med fordel leses sammen med forfatterens forrige bok om temaet: Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok (Gyldendal, 2007). Til sammen utgjør de to bøkene det mest omfattende læreverk i uheldige hendelser i helsetjenesten publisert på norsk.

Peter F. Hjort ble lege i 1950, dr. med. i 1957, spesialist i indremedisin i 1963 og professor i blodsykdommer ved Rikshospitalet i 1969. Hjort ledet oppbyggingen av Universitetet i Tromsø og ble i 1973 dets første rektor. Fra 1975 ledet han etableringen av helsetjenesteforskningen i Norge, ved Statens institutt for folkehelse. Samtidig var han fra 1976 sykehjemslege ved Ullern alders- og sykehjem i Oslo. Hjort holdt på med denne kombinasjonen av forskning og praksis til han i 1994 gikk av for aldergrensen. I 1994 ble Hjort professor i geriatri ved Universitet i Tromsø. Som pensjonist var Hjort en meget etterspurt foreleser med et brennende engasjement for at helsetjenesten ikke bare må behandle sykdommer, men også mennesker, og at helsepersonellens medisinske innsikt alltid må parres med en minst like sterk menneskelig innsikt. Se pasienten som medmenneske og ikke som medisinsk problem, var Hjorts budskap.



Peter F. Hjort

Uheldige hendelser i helsetjenesten

Pasientfortellinger

Dette må vi gjøre noe med!

«Menneskeliv kan ikke måles i penger, men medisinen er nå kommet så langt at vi ikke har personell og penger til å ta alle oppgavene samtidig. Det er derfor nødvendig å prioritere, både i forhold til andre poster på de offentlige budsjetter og mellom de enkelte oppgaver innen helsetjenesten.» Sitatet er hentet fra Peter F. Hjorts artikkel *Tanker om medisinen i fremtidens samfunn* i Tidsskrift for den norske lægeforening 15. oktober 1967.

Utsagnet er like aktuelt i dag. Hjort har i alle år siden skrevet og delt sine refleksjoner om leger, helsevesenet og medisinsens utvikling. Så sent som i sommernummeret i Tidsskriftet 2010 skrev han en artikkel om hva omsorgen for demente vil bety for helsetjenesten fram mot år 2050.

Da Peter F. Hjorts kone ble helt pleietrengende etter en uheldig hendelse under en operasjon, valgte han å dele sine tanker om hvordan slike hendelser burde håndteres. Dette ble utgangspunktet for mer enn ti års engasjement for pasientsikkerhet. I 2007 ga han ut boken *Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok*. Han la vekt på at det måtte lages nasjonale ordninger for rapportering, analyse, tiltak, utdanning og evaluering. I 2003 skrev han et forslag til et nasjonalt program for forebygging og håndtering av uheldige hendelser i helsetjenesten. I en anmeldelse av en bok en annen forfatter hadde skrevet om pasientsikkerhet som stod i Tidsskriftet januar 2011 og som kom etter hans død, avsluttet han med: «Cirka 10 % av alle pasientene ved somatiske sykehus får en uønsket hendelse, cirka halvparten kunne vært forebygget, og kanskje så mange som 5 % av dem dør. Dette må vi gjøre noe med!»

Peter F. Hjort sluttet aldri å engasjere seg og å ville gjøre mer. Kort før han døde hadde han laget ferdig denne boken *Uheldige hendelser i helsetjenesten – Pasientfortellinger*. Her appellerer han til det følelsesmessige element og ønsker å vise gjennom en rekke eksempler hvordan disse hendelsene rammer pasienter tungt, og at ansvarlige for helsetjenesten må treffe de nødvendige tiltak. Pasientfortellingene er hentet frem i samarbeid med Norsk pasientskadeerstatning.

Ved å utgi boken ønsker Legeforeningen å fremheve det utrolige engasjement Peter F. Hjort hadde for utvikling av norsk helsetjeneste og en god ivaretagelse av pasientene. Denne boken setter særlig oppmerksomhet på at pasienter for ofte får en skade på grunn av en uheldig hendelse i helsetjenesten. Legeforeningen deler fullt ut Peter F. Hjorts engasjement og vilje: *Dette må vi gjøre noe med*. Boken er meget aktuell knyttet til den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* som nå er i gang.

Vi vil nok en gang benytte anledningen til å takke Peter F. Hjort for hans store engasjement for en god helsetjeneste for alle. Hans arbeid har satt varige spor.

Oslo, mars 2011

Torunn Janbu
president
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær
Den norske legeforening

Viktig bruk av NPEs materiale

Da Peter F. Hjort kontaktet Norsk pasientskadeerstatning (NPE) i juli 2009, var det med en viss skuffelse og frustrasjon over effekten av boken «Uheldige hendelser i helsetjenesten» (Gyldendal Akademisk, 2007). Han hadde håpet at boken skulle «sette dagsorden» i diskusjonen rundt pasientsikkerhetsarbeidet i større grad enn han opplevde at den har gjort. Nå ønsket han å gå et skritt videre ved å skrive en bok basert på pasienthistorier, idet han håpet at en slik bok ville kunne tale til flere og gjøre større inntrykk på leseren. Han ønsket å få bistand av oss i NPE, både til å finne frem relevante saker, bistå med innhenting av samtykkeerklæringer fra erstatningssøkere og til å være en generell rådgiver under arbeidet med boken.

Vi syntes dette var et svært spennende initiativ, og trengte ikke lang tid på å si «ja» til å bistå Hjort i dette arbeidet. Utover å behandle erstatningssaker skal NPE utarbeide og formidle informasjon om erstatningsordningen. Vi skal gjøre tilgjengelig statistikk og oversikt over skader og skaderisiko for det skadeforebyggende arbeidet i helsetjenesten. Fra vårt ståsted er det viktig at erfaringene man kan trekke av pasientskadesaker, blir benyttet til læring og utvikling av tiltak som kan bidra til å øke pasientsikkerheten. Én god måte å bidra til dette, og samtidig sette lys på problemstillingen, er å trekke frem og analysere *historier* og eksempler.

Det var spennende og inspirerende å få arbeide så tett med Peter F. Hjort i forbindelse med denne boken! Til tross for alvorlig sykdom og høy alder viste han en utrettelig vilje til fremdrift og imponerte oss med sitt engasjement og sin iver etter å fortelle disse historiene, og bruke av sin erfaring og innsikt til å komme med reflekterte analyser. Vi er glade for at han rakk å gjøre ferdig manuskriptet, og få avklart at Legeforeningen ville publisere boken. Vårt håp er at denne boken vil bidra til debatt og forsterket interesse rundt et viktig tema i norsk helsetjeneste.

Oslo, mars 2011

Erling B. Breivik
direktør
Norsk pasientskadeerstatning

Rolf Gunnar Jørstad
assisterende direktør
Norsk pasientskadeerstatning

Forfatterens forord

I 2007 skrev jeg boken: «Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok» (Hjort 2007). Jeg hadde arbeidet med den i syv år, og den var basert på min egen læring og refleksjon gjennom et langt liv som lege og på lesing av over 1500 internasjonale artikler og mer enn 50 bøker om uheldige hendelser. Målet var å legge frem og drøfte situasjonen på dette vanskelige feltet. Dokumentasjonen var grundig med nesten 500 referanser. Håpet var at boken skulle bidra til en sterkere og mer gjennomtenkt satsing på denne utfordringen. Spesielt håpet jeg at Norge kunne innføre et nasjonalt rapporteringssystem for i det minste de alvorlige hendelsene, slik Sverige, Danmark, England, Veterans Administration i USA, Australia og New Zealand har gjort. Etter tre år må jeg erkjenne at dette målet ikke er nådd.

Boken baserte seg på et intellektuelt resonnement: dette problemet er så stort og viktig at vi må lage nasjonale ordninger for rapportering, analyse, tiltak, utdanning og evaluering. Bare på den måten kan vi lære å forebygge og håndtere problemet. Dette resonnementet har ikke hatt den gjennomslagskraften jeg håpet, og derfor har jeg skrevet denne nye boken som baserer seg på et følelsesmessig resonnement: dette problemet rammer noen pasienter så tungt at vi nå må treffe de nødvendige tiltakene. For å få tak i pasientenes opplevelse og fortellinger, har jeg samarbeidet med Norsk pasientskadeerstatning som har et arkiv med over 40 000 saker, og jeg forsøker å gjengi noen av pasientfortellingene på en forståelig måte. Samtidig forsøker jeg å reflektere over hvordan hendelsene kunne skje. Det leder selvfølgelig frem til tanker om det forebyggende arbeid. I tillegg til fortellingene har jeg skrevet et innledende kapittel som sammenfatter kunnskapene om uheldige hendelser, og et avsluttende kapittel med refleksjoner. Mitt håp er at boken skal «treffe folk i hjertet», slik at vi får et bredere grunnlag for arbeidet mot de uheldige hendelsene.

Mange har hjulpet meg med dette prosjektet og fortjener stor takk. Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har sørget for at pasientene har gitt sin tillatelse til at jeg kunne få gjengi utvalgte pasienters historie i anonymisert form. Sølvi Flåte, rådgiver i NPE, og Rolf Gunnar Jørstad, assisterende direktør i NPE, har hjulpet meg med å finne representative mapper og sørget for pasientenes tillatelser. De har også gitt verdifulle kommentarer og forslag til forbedringer i teksten. Marili Juell har skrevet og rettet manuskriptet helt til begge var fornøyde. Min eldste sønn, Peter Hjort, har gitt meg avgjørende hjelp med redigeringen, og Aril Bjørndal og Kristen Damsgaard har gitt viktige kommentarer og praktiske råd. Uten all denne hjelpen hadde det ikke vært mulig å skrive boken, og jeg takker dem alle.

Blommenholm, desember 2010

Peter F. Hjort

Innhold

Legeforeningens forord.....	2
Norsk pasientskadeerstatnings forord	3
Forfatterens forord	4
Innhold	5
Innledning og kort innføring.....	11
1. Hensikten med denne boken	
2. Oversikt over uheldige hendelser i helsetjenesten	
Uheldige hendelser – begreper og definisjoner	14
Vanskelige avgrensninger, ikke én gang for alle	
Tre innledende fortellinger	19
Gjemt, men aldri glemt	20
En anestesikatastrofe	
Lykken kan være bedre enn forstanden	22
Tap av hår og negler	
Gikk tur med hunden	24
Måtte amputere hånden	
Uheldige hendelser – fødsler og barn	26
For lenge og for sent	
«Når mor sier at noe er galt, da er det noe!»	
Forsinket keisersnitt	28
Alvorlig hjerneskade hos barnet	
Kontrollen som glapp	30
Barnet mistet den ene nyren	
Operert for sjelden hjernesykdom.....	32
Varig hjerneskade	
Forsinket diagnose av hoftelidelse.....	34
Muligens tidligere invalidisering	
Vanskelig fødsel og gjenoppliving av barnet.....	35
Stor hjerneskade	

Alvorlig medfødt sykdom	37
Døde av anestesien	
Vanskelig tvillingfødsel	40
Den andre tvillingen fikk vannhode	
Føflekk i ansiktet	43
Mange operasjoner og for dårlig resultat	
Uheldige hendelser – kirurgi	44
Den historiske utviklingen og tenkningen	
Skulderoperert	46
Brannskade og invaliditet	
Alvorlig syk – komplisert behandling	47
Tragisk resultat	
Operert for benbrudd	49
Til slutt ufør	
Nerveskade under ryggoperasjon	51
Varige smerter og invaliditet	
Langsom fremgang og dårlig overvåking under fødselen	52
Stor hjerneskade med invaliditet	
Operert i ryggen	54
Forsinket diagnose av blødning og lammelser	
Operasjon på livmoren	56
Skade på tykktarmen og bukhinnebetennelse	
Slått ned – forsinket behandling	58
Varig invaliditet	
Uheldige hendelser – medisin	61
Den historiske utviklingen	
Behandlet for betennelse i hjertet	63
Ødelagt balansefunksjon	
Misforstått alvorlig hjerteinfarkt	65
Varig uførhet	
Lavt stoffskifte og forsinket diagnose	67
Fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser	

Diabetes II – feilmedisinert og overmedisinert.....	68
Alvorlig nyresvikt	
Hjerteinfarkt – forsinket diagnose og behandling	70
Varig mén og ufør	
Spredning av kreft – forsinket behandling	72
Tung belastning	
Opererte endetarmen	73
Fikk varig lekkasje	
Mislykket operasjon for skulderskade	74
Varige plager	
Uheldige hendelser – psykiatri	75
Ofte alvorlige konsekvenser	
Sikkerheten som glapp	77
Alvorlig selvmordsforsøk	
Alvorlig psykisk lidelse – feilbehandling	78
Fortvilet livssituasjon	
Feilmedisinert og overmedisinert i psykiatrien	80
Uføretrygd og bitterhet	
Usikker diagnose og behandling i psykiatrien	83
Tungt og vanskelig liv	
Feil diagnose og langvarig psykiatrisk behandling	85
Store bivirkninger og alt for lang sykmelding	
Behandlet for depresjon.....	87
Fikk hjerneskode	
Uheldige hendelser – nevrologi	89
Diagnostikk og relasjoner	
MR- undersøkelse av skuldrene	90
Uventet konsekvens for hjernen	
Behandlet for allergi	91
Fikk hjerneinfarkt	
Avsluttet behandling for hjernebetennelse	92
Varig døv	

Forsinket oppfølging av person med medfødt hjerneskade.....	94
Økt invaliditet med synsskade	
Ryggskade og forsinket riktig diagnose	96
Varig invaliditet	
Å kjøre drosje uten hørsel.....	98
Øredråpene tok hørselen	
Operert i ryggen.....	100
Lammelser og nedsatt funksjon	
Uheldige hendelser – skader og funksjonshemning.....	102
Risiko og relasjon	
Operert for isjias.....	104
Varige plager	
Stort barn og vanskelig fødsel	106
Varig nerveskade i høyre arm	
Operert for leggbrudd	108
Langvarige følger	
Operert for leggbrudd	111
Komplikasjoner og funksjonshemning	
Lå for lenge med full urinblære.....	113
Varig blærelammelse	
Ikke tilstrekkelig overvåking og forebygging	114
Måtte amputere det andre benet også	
Uheldige hendelser – legemidler.....	116
Nesten ingen grenser for hvordan og hvor ofte det kan gå galt	
Fjernet nyre, overdosert med legemiddel	118
Døde brått av nyresvikt	
Medfødt fare for blodpropp, likevel p-piller.....	120
Livsfarlig blodpropp og hjerneskade	
Væske i brysthulen	122
Vanskelig sykdom som endte med invaliditet	
Trykksår og glemte kompresser.....	124
Langvarig og alvorlig infeksjon	

Styrtfødsel, men likevel for sen	125
Svær hjerneskade	
Operert for kreft – dårlig oppfølging	127
Alvorlig tilbakefall	
Brakk ankelen, forsinket operasjon	129
Betennelse, smerter, invaliditet	
Uheldige hendelser – etterpåklokskap og læring	132
En kilde til kunnskaps- og kulturutvikling	
Ettertanker og refleksjoner	134
1. Forekomst	
2. Perspektiver	
3. Hvordan kan vi få rede på de uheldige hendelsene?	
4. Hvem har egentlig ansvaret for de uheldige hendelsene?	
5. Hvem bør ha ansvaret for å lede arbeidet med (eller mot) de uheldige hendelsene?	
6. Forebygging av uheldige hendelser	
7. Målet er gode helsetjenester, ikke bare å unngå skade	
8. Konklusjoner	
Litteratur.....	146

Innledning og kort innføring

1. Hensikten med denne boken

I 2007 skrev jeg en bok om uheldige hendelser i helsetjenesten (Hjort 2007). Jeg hadde vært lege i nesten 60 år, og jeg hadde arbeidet med behandling, undervisning og forskning. Målet hadde hele tiden vært å bidra til en enda bedre helsetjeneste. Jeg hadde verken opplevd eller tenkt over uheldige hendelser i helsetjenesten, det vil si at noe går galt og rammer pasientene. Så ble min kone rammet av en alvorlig uheldig hendelse som førte til at hun ble helt lammet og helt språkløs. Ingen hadde gjort noen feil, men likevel gikk det galt. I tre år bodde hun hjemme, og jeg var hennes pleier med hjelp fra hjemmesykepleien. Hun trengte hjelp til alt. Hun kunne ikke si et ord, men hun var ikke dement og forsto det jeg sa. Til slutt døde hun hjemme.

Jeg begynte å interessere meg for de uheldige hendelsene, og jeg brukte flere år på å sette meg grundig inn i dette problemet. Jeg bygget på internasjonale tidsskrifter og bøker, og jeg oppdaget at dette var et stort, viktig og vanskelig problem som stort sett lå under teppet i helsetjenesten. Jeg ville forsøke å bidra til at problemstillingen ble reist, slik at vi kunne lære oss å forebygge og håndtere problemet. Da jeg etter noen år hadde samlet tilstrekkelig kunnskap, skrev jeg boken. Den bygget på internasjonal litteratur, og målet var å formidle denne litteraturen og den kunnskapen vi har om uheldige hendelser i helsetjenesten. Jeg ville lære helsepersonell og politikere hva vi vet om dette problemet, og boken henvendte seg til hjernen og til tankene. Det var naturlig for meg å tenke slik, for det var slik jeg alltid hadde tenkt i forskning og undervisning. Derfor kalte jeg boken: «En lære-, tenke- og faktabok».

Jeg føler at denne boken dessverre ikke har klart å skape et gjennombrudd for dette feltet i vårt land og i vår helsetjeneste. Etter mitt skjønn ligger Norge langt bak land det er naturlig å sammenlikne seg med på dette området, særlig Danmark, Sverige og England. Jeg har selvfølgelig gremmet meg over dette, og derfor bestemte jeg meg for å skrive en ny bok som ikke bare skulle henvende seg til tankene og hjernen, men også til følelsene og hjertet. Kanskje det ville virke bedre, har jeg tenkt.

Denne boken skulle fortelle om pasientenes opplevelser når noe går galt i helsetjenesten. Jeg har tenkt at pasientenes fortellinger eller historier om deres lidelser og deres fortvilelse ville treffe folk på en annen måte enn de tørre fakta. En del historier har jeg opplevd eller hørt om av helsepersonell, men jeg ønsket et større og

bredere grunnlag. Derfor henvendte jeg meg til Norsk pasientskadeerstatning som gir erstatning til pasienter som har blitt påført skade innen helsevesenet.

Norsk pasientskadeerstatning ble opprettet i 1988. I løpet av 22 år (1988–2010) har Norsk pasientskadeerstatning mottatt i overkant av 50 000 saker og utbetalt mer enn seks milliarder kroner i erstatning. 40 000 saker har blitt ferdig utredet, og 35 % av disse har fått medhold i sitt krav om erstatning. I 2010 vil Norsk pasientskadeerstatning motta nesten 4500 krav og utbetale nærmere 800 millioner kroner i erstatning. De utbetalte erstatningsbeløpene varierer fra 5000 til 8 millioner kroner. Gjennomsnittlig utbetaling i 2009 var 820 000 kroner (Norsk pasientskadeerstatning 2010).

Vilkårene for at søkeren får medhold er at pasienten har blitt påført skade etter behandlingssvikt innen helsevesenet. Tabellen viser årsakene til medhold i 2009:

Årsaker til at pasienter fikk medhold fra NPE i 2009	
Svikt ved behandling	54 %
Svikt ved diagnostikk/undersøkelse	26 %
Smitte eller infeksjon	14 %
Rimelighetsregelen	3 %
Annet	3 %
Totalt	100 %

Kilde: Norsk pasientskadeerstatning, 2010

Den såkalte rimelighetsregelen brukes forholdsvis sjelden, og vilkåret er at det er skjedd en pasientskade som er «særlig stor eller særlig uventet, selv om det ikke kan påvises en svikt». Gruppen «annet» består av svikt ved pleie, informasjonssvikt og teknisk svikt.

Norsk pasientskadeerstatning har et stort arkiv med mange tusen saker. Hver sak beskriver en uheldig hendelse, og jeg tenkte at dette materialet kunne brukes som grunnlag for pasientfortellingene i denne boken. Bildet er ikke representativt for alle sakene i Norsk pasientskadeerstatning eller for alle uheldige hendelser i helse-tjenesten, og det er umulig å skaffe et slikt bilde fordi vi ikke har et nasjonalt rapporteringssystem. Men jeg håper bildet er tilstrekkelig bredt til at det gir en rimelig oversikt over problemet.

Norsk pasientskadeerstatning er enig i at dette store materialet burde utnyttes pedagogisk for å forsøke å redusere de uheldige hendelsene. Derfor har de skaffet meg tilgang til et stort antall saker som dekker mange forskjellige former for uheldige hendelser. Norsk pasientskadeerstatning har også sørget for at hver «pasient» har gitt skriftlig tillatelse til at jeg kunne lese saksmappene deres og bruke fortellingene i anonymisert form.

Jeg har gått frem på den måten at jeg har laget korte fortellinger som bygger på de utvalgte sakene, og jeg har avsluttet hver fortelling med mine egne refleksjoner om hendelsen. Målet har vært å gi en samlet fremstilling av de uheldige hendelsene, slik pasientene har opplevd dem.

2. Oversikt over uheldige hendelser i helsetjenesten

I dette avsnittet gir jeg en kort oversikt som en bakgrunn for pasientfortellingene. Detaljer og referanser kan en finne i min tidligere bok (Hjort 2007).

1. Forekomst. Store internasjonale undersøkelser viser at det skjer en uheldig hendelse hos omtrent 10 % av alle pasienter som blir lagt inn i somatiske sykehus. Da regner en med alle hendelser, både små og store. Forekomsten i de andre delene av helsetjenesten, det vil si allmennlegetjenesten, psykiatrien og eldreomsorgen, er ikke så grundig dokumentert, men det er vanlig å regne med omtrent samme hyppighet her.

2. Årsaker. Før, det vil si for 20–30 år siden, var det vanlig å legge hele skylden på én bestemt person – syndebukken. Det var som regel en lege eller sykepleier, og det gjaldt å finne og straffe ham eller henne. Hele resten av systemet og helsepersonellet kunne toe sine hender og fortsette som før. Det hender selvfølgelig at en lege eller sykepleier ikke kan det de skulle kunne, ikke gjør ordentlig arbeid, er ruset eller har gjort åpenbare feil. Men forskningen har vist at årsaken som regel ligger i systemet – en systemfeil. Dels er helsetjenesten ofte lagarbeid med mange involverte, dels kan årsaken ligge i flere ledd før selve hendelsen, dels kan det være tekniske feil, og dels kan rutinene svikte. Helsetjenesten skal organiseres slik at en menneskelig feil eller en feil i ett ledd skal fanges opp og rettes i de neste leddene. Apotekene sørger for eksempel alltid for at et legemiddel blir kontrollert av to ansatte før det leveres ut.

Dette betyr at det i hvert tilfelle er viktig å analysere årsakene til hendelsene, slik at en kan forebygge at de hender igjen. For de mer alvorlige hendelsene kan dette kreve en grundig undersøkelse av leddene bak selve hendelsen, en såkalt «root cause analysis» (Joint Commission 2006). Dette er hovedgrunnen til at alle hendelser må rapporteres og analyseres.

Uheldige hendelser – begreper og definisjoner

Vanskelige avgrensninger, ikke én gang for alle

Noen viktige begreper med definisjoner (for flere, se Hjort 2007)

Hendelse som ikke skal skje	
Etikkbrudd	Etikkbrudd (eng. <i>malpractice</i>) er en handling eller unnlatelse av å handle som avviker fra aksepterte faglige standarder, verdier og holdninger og som medfører skade eller død.
Slurv	Slurv er dårlig arbeid og dekker alt fra glipp til skjodesløshet, fra forglemmelse til forsømmelse, fra det utilsiktede til det grovt uaktsomme, fra øyeblikkets tankeløshet til vanskjøtsel. Slurv er rot, slendrian, sjuskeri, makkverk, fusk og juks. Både systemer og enkeltpersoner slurver.
Uheldig hendelse	Uheldig hendelse (eng. <i>adverse event</i>) er en handling eller omstendighet som gjorde eller kunne gjort at det skjedde noe som ikke skulle hendt. Uheldig er her synonymt med <i>uønsket</i> og <i>utilsiktet</i> . Uheldig sier ikke noe om årsak eller skyld, eller om hendelsen skyldes systemsvikt eller menneskelig feil, eller begge deler.
Behandlingssvikt	Pasientskadeloven § 2 definerer behandlingssvikt, inkludert svikt ved undersøkelse, diagnostisering og oppfølging, til særlig å være a) svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes, b) teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr som er brukt ved ytelsen av helsehjelp, og c) smitte eller infeksjon, når dette ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom.
Hendelse som kan skje, men så sjelden som mulig	
Skade	Skade er en nødvendig eller utilsiktet følge av behandling. Skade kan oppstå uten at det foreligger behandlingssvikt.
Komplikasjon/ bivirkning	Komplikasjon og bivirkning er en uheldig, men statistisk unngåelig vanskelighet ved en behandling. Eksempler er kirurgiske inngrep eller medikamenter som kurerer sykdom, men samtidig kan skade andre kroppsfunksjoner.
Andre begreper	
Systemsvikt/feil	Systemsvikt er feil i organisasjoners verdier, struktur, prosedyrer, prosesser eller handlemåte.
Menneskelig svikt/ feil	Menneskelig svikt er feil begått av enkeltpersoner, ofte uaktsomt, men ikke overlagt.
Å avgjøre om noe er det ene eller andre, kan være vanskelig. Og vurderingen kan endre seg over tid. Fremskrittene i medisinen gjør at det som før var en komplikasjon, i dag kan være en uheldig hendelse eller kanskje òg et etikkbrudd som må etterforskes og straffes.	

3. Konsekvensene kan variere fra ingen til alvorlige konsekvenser og død. I noen tilfelle kan hendelsen fanges opp i tide, slik at den ikke får noen konsekvenser. Slike hendelser kalles ofte «nesten-hendelser». Det hender selvfølgelig også at personalet klarer å stanse hendelsen så tidlig at den får få eller ingen konsekvenser. Det er vanlig å ordne konsekvensene etter «ofrene» for hendelsen i fire grupper:

- Det første offeret er *pasienten*, og i Norsk pasientskadeerstatning er det pasienten som får erstatning. Størrelsen vil avhenge av hvilke økonomiske og helsemessige konsekvenser skaden får for pasienten. Men for mange får hendelsen varige følger med redusert livskvalitet og mulighet for deltakelse i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv.
- Det andre offeret er de *pårørende*, og konsekvensene kan bli overveldende for dem, ikke minst hvis pasienten er et barn. Det er flere slike eksempler i denne boken.
- Det tredje offeret er det *helsepersonellet* som er involvert i hendelsen, særlig hvis de har gjort alvorlige feil. Det er eksempler på at leger og sykepleiere har tatt sitt eget liv i fortvilelsen over en uheldig hendelse som de følte seg skyldige i.
- Det fjerde offeret er *institusjonen og helsetjenesten generelt*. Her dreier det seg dels om omdømme, dels om problemer for og med personalet og dels om økonomi. Jeg har antydnet at uheldige hendelser koster de somatiske sykehusene i Norge cirka 2 milliarder kroner om året (Hjort 2007).

4. Viktige grupper av uheldige hendelser. Det er ingen grenser for det som kan gå galt i helsetjenesten. Det skyldes både at helsetjenesten er komplisert, men også det svært høye antall behandlinger i helsetjenesten. De viktigste tallene per år ser slik ut (Statistisk sentralbyrå 2009):

- Cirka 850 000 innleggelser i somatiske sykehus
- Cirka 50 000 innleggelser i det psykiatriske helsevesen
- Cirka 3,5 millioner polikliniske konsultasjoner ved somatiske sykehus
- Cirka 1 million polikliniske konsultasjoner i det psykiatriske helsevesen
- Cirka 170 000 mottakere av kommunale hjemmetjenester
- Cirka 40 000 plasser i sykehjem
- Cirka 15 millioner konsultasjoner i primærlegetjenesten.

Selv med en risiko på 1 ‰ blir det enorme tall, og i de fleste tilfelle er risikoen større enn det. Faktisk er det slik at alt det som *kan* skje, før eller senere skjer, jevnfør uttrykket «århundrets katastrofe». Oppgaven er å redusere risikoen så meget som overhodet mulig. Derfor må vi hele tiden registrere hendelsene og dermed risikoen, og så gjøre det som står i menneskelig makt for å redusere risikoen. Nedenfor gir jeg en kort oversikt over de viktigste områdene i helsetjenesten og

dermed over de viktigste hendelsene. Jeg har tidligere gitt en litt mer detaljert oversikt (Hjort 2007):

- **Legemiddelhendelser** er hyppige og øker, fordi stadig flere mennesker bruker legemidler, fordi mange pasienter bruker flere legemidler samtidig, og fordi alle legemidler har bivirkninger. Forvekslinger og feilaktige doseberegninger er dessverre ikke sjeldne.
- **Infeksjoner** er en vanlig og fryktet hendelse, spesielt ved kirurgiske inngrep. «Sykehusinfeksjoner» er blitt vanlige, og de må hele tiden forebygges ved omhyggelig hygiene.
- **Fallskader** skjer over alt, og er særlig fryktet i sykehjem, som har gamle og skrøpelige pasienter.
- **Kirurgi** er alltid risikabel, og mange hendelser er knyttet til kirurgien, særlig til ortopedisk kirurgi.
- **Fødsler** kan ha store og alvorlige risikoer. Tiden er ofte knapp, og meget står på spill for både mor og barn. Heldigvis er dødeligheten gått kraftig ned, men likevel er uheldige hendelser ikke sjeldne. Hvis barnet blir alvorlig skadet, utbetales det ofte store erstatninger.
- **Intensiv medisin og anestesi** er ofte teknisk komplisert, pasientene er ofte alvorlig syke, og tiden er knapp. Hendelsene kan være både hyppige og alvorlige.
- **Skader og øyeblikkelig hjelp** kan være alvorlige, og derfor kan også risikoen være stor.
- **Indremedisinen** har mange grenspesialiteter, og det fins bekymringsfulle lister over uheldige hendelser, til og med klassifisert som «dødssynder».
- **Geriatrici og eldreomsorg** har sine egne bekymringer. Pasientene er gamle, skrøpelige og har ofte flere sykdommer samtidig. Det fører til «multibehandling» som kan gjøre skade.
- **Allmenntilleggsmedisinen** står i en gruppe for seg, fordi legen er alene, mange pasienter har problemer som både pasienten og legen kjenner, og legen har kjent pasientene lenge. Men noen ganger blir det vanskelig, for eksempel ved øyeblikkelig hjelp eller ved sammensatte kroniske problemer. Det kan være lett å overse alvorlige problemer, for eksempel ved hjertelidelser eller kreft.
- **Barnemedisinen** har sine egne problemer som kan være vanskelige og alvorlige. De fleste behandles hos primærlegene, som hele tiden må vurdere henvisning til spesialist eller sykehus.
- **Laboratoriemedisinen** har sine egne feilkilder, for eksempel forbyttning av prøver eller kompliserte og forsinkede vurderinger av prøver.
- **Tekniske felt** som strålebehandling, transfusjonsmedisin og medisinsk utstyr krever ofte kompliserte vurderinger.

Det er lett å se at helsetjenesten rommer store muligheter, men også stor risiko.

5. Forebyggende arbeid mot uheldige hendelser er selvfølgelig avgjørende og må drives hele tiden. Spesielt er det viktig å rapportere og analysere uheldige hendelser. Jeg drøfter dette grundigere i det siste kapitlet.

6. Håndteringen av uheldige hendelser etter at de har hendt er avgjørende. På den ene siden må en «redde det som reddes kan» ved medisinske tiltak som ofte må settes inn umiddelbart. På den andre siden må en ta seg av pasienter og pårørende og forklare dem hva som har hendt på en ærlig måte. Personell som er involvert i hendelsen trenger også oppfølging. De er selvfølgelig preget av det som har skjedd og trenger hjelp og støtte. God håndtering reduserer konsekvensene for både pasienter, pårørende og personell.

7. Om fortellingene i denne boken. Sammen med Norsk pasientskadeerstatning har jeg plukket ut pasientfortellinger fra deres arkiv. Det var uoverkommelig å sørge for et utvalg som til sammen skulle gi oversikt og fordeling over alle tenkelige typer av hendelser. Det jeg har forsøkt, er å velge ut historier som stammer fra forskjellige deler av helsetjenesten og som gir god grunn til *ettertanke og refleksjon*. På denne måten håper jeg å mobilisere følelsene til pasienter, pårørende, personell og politikere – de fire P-ene i dette arbeidet. Målet er at leserne skal slå i bordet og si: «Dette *må* det gjøres noe med – *nå!*»

Jeg må understreke at Norsk pasientskadeerstatning og jeg har forskjellige perspektiver i forhold til dette pasientmaterialet:

- Norsk pasientskadeerstatning skal sørge for en grundig og rettfærdig vurdering av hver enkelt sak. Villkåret for å få erstatning er at det har skjedd en svikt, det vil si en klart uheldig hendelse. Denne vurderingen skal være saklig, grundig og korrekt, og målet er ikke å fremme kritikk av helsetjenesten, men å avgjøre om pasienten har rett til erstatning. Det er viktig å understreke at denne vurderingen ikke skal bygge på etterpåklokskap, men på den situasjonen og kunnskapen som forelå der og da. I alle de tilfellene jeg har fått se, fikk pasienten erstatning.
- Mitt perspektiv har vært å bruke disse historiene til å lære om årsakene til uheldige hendelser i helsetjenesten for å hindre at de skal skje igjen. For å utnytte læringen fullt ut, er det viktig å reflektere over det som hendte og hvorfor det hendte. Da er etterpåklokskap et nyttig hjelpemiddel. For øvrig har det vært inspirerende å erfare at Norsk pasientskadeerstatning også ser det som et viktig oppdrag å støtte opp under helsetjenestens læring av egne feil.

Det er viktig at leseren ser og forstår denne forskjellen i perspektiv.

Det har vært vanskelig å ordne fortellingene, og jeg har endt med å gjøre to ting. Jeg har dels ordnet i områder, for eksempel i kirurgi, medisin og nevrologi. Men jeg har også plassert noen historier mer tilfeldig fordi jeg har tenkt at det vil øke leserens interesse og nysgjerrighet.

Tre innledende fortellinger

De første tre fortellingene skiller seg fra de etterfølgende på flere måter: To ved at hendelsene ligger langt tilbake i tid. Én ved at hvor uheldig hendelsen enn ble, så var det ingen helsearbeidere eller helsetjeneste som var å klandre. Det er flere grunner til at boken innledes med akkurat disse fortellingene:

- For det første vil jeg med dette understreke at uheldige hendelser ikke er noe nytt fenomen i helsetjenesten. Men den stadig økende spesialiseringen i moderne medisin, gjør både at uhellet lettere kan inntreffe («den ene hånden vet ikke hva den andre gjør») og at det tverrfaglige samarbeidet som hadde kunnet forebygge hendelsene, blir stadig mer krevende.
- For det andre vil jeg med disse fortellingene poengtere den avgjørende grunnholdningen som kreves av alt helsepersonell i møtet med uheldige hendelser: den selvkritiske selvransakelsen – og hvor vanskelig det er å holde fast ved denne i kampens hete. Stilt overfor en mulig uheldig hendelse er angrep definitivt ikke det beste forsvar.
- For det tredje vil jeg med denne innledningen minne om at begrepet uheldige hendelser i helsetjenesten ikke omfatter enhver uheldig hendelse som kan ramme pasienter. At noe ender med forferdelse er ikke ensbetydende med at man står overfor en systemsvikt eller menneskelig svikt og en uheldig hendelse som kunne vært unngått. Skal begrepet beholde sin mening og fungere som det nødvendige kritiske søkelys på helsevesenet, må man også lære seg dets avgrensning å kjenne. Gjør man alt til uheldige hendelser, sier man i grunnen ingenting.

Gjemt, men aldri glem

En anestesikatastrofe

Dette hendte på et lite lokalsykehus for vel 50 år siden. Pasienten var en frisk gutt på to år. Han var lagt inn for å bli operert for et lyskebrokk, og den unge assistentlegen skulle operere ham. Teknikken var velkjent, og kirurgen hadde operert flere brokk før.

Dette var før anestesi var blitt en egen spesialitet, og det fantes verken lege- eller sykepleierspesialister i anestesi. Det fantes heller ikke moderne anestesilegemidler. Gutten lå på operasjonsbordet med en maske av gasbind over nese og munn. Det satt en sykepleier ved hodeenden, og hun hadde en dryppeflaske med eter i hånden. Eter var det første narkosemidlet, og det ble første gang brukt av tannlegen Horace Wells ved Massachusetts General Hospital i 1846. Det gikk ut av bruk på slutten av 1900-tallet. Narkosedybden ble bare bedømt klinisk, for de moderne metodene for overvåking var ennå ikke innført. Sykepleierne hadde videreutdanning i operasjons-sykepleie, men ikke i anestesi. – Jeg husker dette godt fra min egen barndom. Jeg var ti år og skulle opereres for blindtarm. Jeg lå på operasjonsbordet med masken på plass. Sykepleieren begynte å dryppe, og jeg fikk beskjed om å telle til tyve. Da jeg ikke klarte å telle lenger, var jeg bedøvet, og kirurgen kunne begynne. Prinsippet for anestesen var enkelt nok: Når kirurgen trengte dypere narkose, dryppet sykepleieren fortere fra eterflasken sin.

På dette lille sykehuset hadde verken de unge legene eller sykepleierne noen stor erfaring, men de var dyktige og ansvarsbevisste mennesker. Operasjonen gikk sin gang, og alt virket normalt inntil kirurgen plutselig merket at gutten ikke blødde. Sykepleieren stanset eterdryppet og så at gutten ikke pustet. De satte i gang gjenoppliving med den tidens metoder, men det nyttet ikke. Gutten lå død på operasjonsbordet. Sykepleieren og kirurgen var like fortvilet, og til slutt måtte kirurgen gå ut og fortelle foreldrene at gutten var død. Så delte alle sin fortvilelse, og legen og sykepleieren deltok i begravelsen. Det ble aldri snakk om noen rettssak eller erstatning. Slik var det den gangen.

Refleksjon

Var dette en komplikasjon eller en uheldig hendelse? Eterdødsfall var en kjent risiko ved operasjoner den gangen, men risikoen avhang av sykepleierens erfaring og oppmerksomhet. Hun måtte ikke dryppe for fort, og hele tiden måtte hun følge nøye med i operasjonen, tilpasse dråpehastigheten til operasjonen og sørge for at

pasienten var «passe dyp». Samtidig måtte det være et nært samarbeid med kirurgen, slik at narkosen var passe i forhold til operasjonen og det kirurgen ville gjøre – ikke for dyp og ikke for lett. Forholdet mellom kirurgen og «operasjonssøster» den gangen var preget av kulturen og klassesamfunnet: Legen var sjefen, bestemte alt og hadde ansvaret.

Den unge legen var selvfølgelig fortvilet og bar på dette minnet resten av livet som et sårt punkt dypt i sinn, bevissthet og samvittighet. Han var det andre offeret – «the second victim» – for denne tragiske hendelsen. Han ble senere en kjent og respektert overlege. Jeg spurte ham mange år senere om hva han tenkte om denne tragiske hendelsen. «Jeg glemmer den aldri», sa han, «men jeg føler at det var sykepleierens ansvar, for jeg hadde nok med operasjonen».

Ansvar er komplisert. Han hadde selvfølgelig rett i at det var sykepleieren som dryppet fra eterflasken og styrte narkosedybden, men like fullt var det han som opererte og var sjefen. Han – som så mange «second victims» – hadde rasjonalisert bort sitt ansvar. Det ligger dypt i menneskenaturen å rasjonalisere, finne unnskyldninger og fortrenge. Det er en del av livet for oss alle.

Lykken kan være bedre enn forstanden

Tap av hår og negler

Jeg har selvfølgelig tenkt igjennom mitt eget liv som lege og spurt meg selv: Hva har jeg på samvittigheten? Én opplevelse glemmer jeg aldri.

Jeg var doktorgradsstipendiat på Rikshospitalet og arbeidet med mekanismen for blodets levring eller koagulasjon. Denne mekanismen er livsviktig, men samtidig er den også truende. Hvis den fungerer for dårlig, kommer det blødninger ved små skader, og de kan bli livstruende. Fungerer den for sterkt, kan det dannes tromboser og blodpropper som også kan være livstruende. Tar jeg hjerneslag som eksempel, kan skaden skyldes at en del av hjernen blir ødelagt av en hjerneblødning eller av at en blodåre blir tett, enten fordi den «gror igjen» ved trombose eller fordi den tettes av en blodpropp som kommer seilende med blodstrømmen (emboli).

Derfor trenger vi legemidler som kan hindre slike hendelser. I 1920-årene fant svenske forskere et middel som hindret koagulasjonen. Det ble fremstilt av blodigler og ble kalt heparin. Det var et viktig legemiddel, som fremdeles er i bruk, og det var naturlig for legemiddelindustrien å forsøke å fremstille et kunstig, «synetisk» heparin. Kunne en lykkes med det, ville det være en fordel for pasientene å få et rent og pålitelig kjemisk preparat, og det var penger å tjene for industrien. Et stort engelsk legemiddelfirma klarte å fremstille et slikt preparat, og det henvendte seg til min sjef på Rikshospitalet, professor Paul A. Owren, og spurte om han kunne sørge for at det ble testet på pasienter. Det skyldtes at han hadde et stort internasjonalt renommé på dette feltet.

Jeg fikk oppdraget, og jeg gikk igjennom det som var gjort av kjemiske tester og dyreforsøk. Det hele virket som en enkel og grei jobb. Jeg plukket ut ti pasienter som jeg mente egnet seg og forklarte dem problemstillingen og hvordan vi skulle teste det nye preparatet. Jeg mente at det var helt ufarlig, og alle pasientene ga sitt samtykke. Så gjorde vi forsøket. Preparatet virket som det skulle i våre målinger, og jeg skrev min foreløpige rapport.

Men så skjedde det noe helt uventet. Pasientene begynte å miste hår og negler uten at vi kunne forstå hvorfor det skjedde. Vi avbrøt selvfølgelig all videre testing, og jeg forklarte pasientene at dette kom helt uventet på oss. Ingen hadde hørt om slike virkninger før, og både pasientene og jeg ventet i spenning. Heldigvis kom både hår og negler tilbake, og jeg tror pasientene og jeg var like glade. Ingen av pasientene leverte noen form for klage, og ingen ønsket noen erstatning. Jeg ble

sendt til England for å fortelle om våre funn, og firmaet måtte gi opp det lovende preparatet. Firmaet sendte meg hjem med en presang til min kone – et nydelig «cardigan-sett».

Refleksjon

Jeg har selvfølgelig tenkt meget på denne hendelsen. På én måte var det noe ingen kunne noe for, for alle var i god tro. Men med etterpåklokskap har jeg erkjent at det var en alvorlig feil å kjøre forsøket på ti pasienter. Jeg skulle gitt meg bedre tid og startet med én pasient, for eksempel meg selv, før jeg kjørte hele forsøket på ti pasienter. Derfor var dette uten tvil en kritikkverdig, uheldig hendelse. Heldigvis hender det av og til at lykken er bedre enn forstanden, og alle ti fikk igjen hår og negler.

Til slutt må jeg nevne at tap av hår og negler er blitt kjente bivirkninger av en del moderne cellegiftpreparater. Det har jeg fått oppleve selv som pasient, og nå sitter pasientene med svære nedkjølte og iskalde polvotter når de får disse cellegiftene, for det beskytter neglene.

Gikk tur med hunden

Måtte amputere hånden

En vinterkveld var pasienten ute og gikk tur med hunden. Det var glatt, hunden dro i tauet, og plutselig gled hun og falt. Hun tok seg for med høyre hånd og fikk vondt i håndleddet. Hun trodde hun hadde brukket håndleddet og dro straks til legevakten. Legen undersøkte hånden og tok et røntgenbilde. Det viste ikke noe brudd, og hun fikk en støttebandasje. Legen sa at hun måtte komme tilbake hvis smertene ikke ga seg.

Etter noen dager gikk hun til fastlegen sin. Hånden var blitt vondere, mer hoven og litt blålig misfarget. Fastlegen ble bekymret og sendte henne til den lokale kirurgiske poliklinikken på sykehuset. Der fant de ingen brudd, men hånden var nå så hoven og misfarget at sykehuset sendte henne til en spesialklinikk for håndkirurgi. Her fant de heller ikke ut hva som var galt med hånden. De hadde aldri sett noe lignende og fant heller ingen forklaring i litteraturen. De kunne bare vente og se, og etter hvert ble det klart at det var blitt koldbrann (gangren) i hånden, antakelig fordi begge pulsårene til hånden var blitt tette. Medisinsk behandling hadde ingen effekt, og det endte med at hånden måtte amputeres.

Legene kunne ikke forklare hva som var hendt og hvorfor det hendte. Pasienten forsøkte å anlegge sak mot legevaktlegen, fordi hun tenkte at han burde ha sendt henne til sykehus og at det kunne ha reddet hånden hennes. Retten kom til at legen hadde gjort det han skulle, og han ble frikjent. Dermed fikk hun heller ingen erstatning. Legen ble selvfølgelig glad for at han ble frifunnet, men han følte så sterkt med pasienten at han overtalte sitt forsikringsselskap til å betale hennes advokatutgifter. Dermed var saken avsluttet.

Refleksjon

Jeg har tatt med denne fortellingen fordi den illustrerer at av og til går alt galt, selv om det ikke er gjort noen feil av noen. For kvinnen var dette en forferdelig uheldig hendelse. Men slik jeg bruker begrepet 'uheldig hendelse i helsetjenesten', var dette ikke en slik hendelse: Verken legen eller systemet hadde gjort noe galt. Og ikke var det en komplikasjon – kvinnen hadde ikke fått annen behandling enn en helt ufarlig bandasje. En kan filosofere over årsaken til denne tragedien, og sannsynligvis var årsaken en trombose i begge pulsårene til hånden. Kanskje kunne hånden vært reddet hvis hun hadde fått behandling mot levering av blodet (antikoagulasjons- og

antitrombotisk behandling), men ingen tenkte på det. Selv i ettertid ville det vært søkt å behandle en håndleddskade på den måten. Dermed står en opprødd og lander på én håpløs forklaring, nemlig ekstrem uflaks som ingen kunne noe for.

Jeg har filosofert over dette, for medisinen er en rasjonell vitenskap, og vi vil ha en rasjonell forklaring på det som skjer. Uflaks er jo ingen rasjonell forklaring. Det er bare et ord for noe vi ikke forstår. I grunnen er det merkelig at vi ikke møter uflaks mye oftere. Vi regner at det er cirka 850 000 innleggelser i somatiske sykehus og kanskje 15 millioner konsultasjoner hos fastlegene om året i Norge. Dermed er vi oppe i så store tall at det usannsynlige må skje ganske ofte. Tenk bare på tallet én hendelse på 15 millioner tilfelle! Det må gi rom, et statistisk rom, for det usannsynlige, det vil si ekstrem uflaks.

Pasientene er forskjellige, både med alle sine gener og med sine helt forskjellige livssituasjoner. Legene og sykepleierne er like forskjellige og har studert på de forskjelligste steder. Sykdommene er forskjellige, og det fins kanskje 10 000 diagnoser. Legemidlene og behandlingene er forskjellige. Egentlig er det utrolig at det som regel går bra, at diagnosene så ofte er riktige og at behandlingen virker som den skal.

Når en tenker på det som går galt i helsetjenesten, har vi to forklaringer. Den ene er at det er skjedd en *komplikasjon*, det vil si en statistisk risiko ved det vi gjør eller ikke gjør som helsepersonell. Ingen har noen skyld, og det er ikke gjort noen feil, men allikevel blir det av og til komplikasjoner. Den andre forklaringen er at noen eller hele systemet har gjort en feil, det vil si en *uheldig hendelse*. I tillegg må vi en sjelden gang tenke på en tredje forklaring, og det er *ekstrem uflaks*: Slik gikk det, men vi forstår det ikke.

Jeg har tatt med denne historien for å illustrere den nesten ufattelige bredden i de medisinske utfordringene – fra det forståelige og forutsigelige som man kan møte innen somatisk medisin, via det som ofte er vanskeligere både å forstå og å forutse innen psykiatrien, til det tilsynelatende helt uforståelige og uforutsigelige som denne historien viser. Vi må forholde oss til alt sammen, med den kunnskapen og forstanden vi har og uten fordommer.

Var dette en uheldig hendelse? For kvinnen, åpenbart. Men det som skjedde, skyldtes *ikke* en handling fra helsepersonellens side eller en omstendighet i helsetjenesten som ikke skulle skjedd. Derfor blir denne historien *ikke* et eksempel på det som er typisk ved de mange pasientfortellingene i denne boken.

Uheldige hendelser – fødsler og barn

For lenge og for sent

Det fødes vel 60 000 barn om året i Norge. I 2006–2007 var det 221 dødfødsler, og 186 spedbarn døde under ett år gamle. Den perinatale dødeligheten, det vil si antall dødfødsler i første leveuke, var 5,5 per 1000 fødte. Det betyr at fødslene i Norge er sikrere enn i de aller fleste andre land i verden (Statistisk sentralbyrå 2009; Wilkinson & Pickett 2010).

De fleste barn fødes på den naturlige måten. Cirka 15 % fødes ved keisersnitt, av forskjellige grunner. Noen fødsler vurderes på forhånd til å være risikofødsler. Vanlige grunner er forskjellige forhold ved barnet: stort eller overtidig barn, eller forskjellige forhold ved moren: syk eller svært overvektig mor, eller tidligere vanskelige eller risikable fødsler. En del av fødslene utvikler seg også til å bli vanskelige og ender som keisersnitt, for eksempel på grunn av langsom fremgang eller vanskelig forløsning. De aller fleste fødslene blir løpende vurdert ved registreringer fra mor og barn. Disse registreringene er meget viktige, fordi de kan advare om at fosteret er i fare. Den vanligste faren er oksygenmangel i fosterets hjerne, og hjernen tåler ikke en slik mangel (anoksi) i mange minuttene. Kommer det faresignaler, må en forløse barnet før det har utviklet seg hjerneskada (Helsedirektoratet 2010).

De aller fleste fødslene overvåkes og ledes av jordmødre. De må følge nøye med i utviklingen under fødselen, og de må være gode til å tolke registreringene. Kommer det faresignaler, må de oppfatte dem og handle raskt, enten ved å forløse barnet selv eller ved å tilkalle fødselslegen i tide. Fødselslegene må være godt trent. Dels må de kunne tyde og tolke registreringene fra fosteret, dels må de ha evnen til å treffe avgjørende beslutninger der og da, og dels må de være dyktige forløsere. Som regel må de velge mellom tre muligheter: Står hodet på bekkenbunnen, nytter det ikke å dra barnet opp og gjøre keisersnitt. Da må de få barnet ut så fort som mulig, enten ved å trekke barnet ut ved hjelp av en sugekopp eller ved å legge tang. Står hodet høyere oppe i bekkenet, kan de gjøre haste-keisersnitt. I ingen av disse tilfellene har de mye tid på seg. Derfor må de være raske besluttere og dyktige teknikere.

Dessverre viser flere av fortellingene i denne boken at det tok for lang å forløse fosteret og at det derfor fikk alvorlig hjerneskade som det ikke var noe å gjøre med. Kommer det faresignaler, må en forløse barnet før det har utviklet seg hjerneskade.

«Når mor sier at noe er galt, da er det noe!»

Barn og barnesykdommer (pediatri) er en medisinsk spesialitet. Den starter ved unnfangelsen og varer til barnet er utvokst. Pediatrien har sine egne sykdommer, dels medfødte og dels ervervete. Sykdommene skyldes ofte kombinasjoner av legemlige og psykiske mekanismer, og barnelegene må lytte både til barnet og til foreldrene, særlig til moren. Jeg glemmer aldri min professor i pediatri som sa til oss studenter: «Når mor sier at noe er galt, da *er* det noe!» Det kan være fort å glemme det, når moren oppleves som masete og kanskje utidig.

Pediatrien er på mange måter barnas indremedisin, men i tillegg kommer genetiske sykdommer, utviklingsforstyrrelser og psykiske sykdommer og mekanismer. Barnelegene bygger stort sett på de samme undersøkelser og tenkemåter som indremedisinerne, og feilkilder og uheldige hendelser likner. Kanskje er kommunikasjonen med barn og foreldre enda viktigere og vanskeligere enn med voksne pasienter. Og oppfølging og omtanke er hele tiden nødvendig, fordi det er så lett å ta feil. Barnelegene må ha stor evne til tvil og til å tenke på nytt. Kombinasjonen av legemlig og psykisk sykdom er en stor utfordring.

Forsinket keisersnitt

Alvorlig hjerneskade hos barnet

Pasientens mor fødte for andre gang. Det første barnet ble født ved keisersnitt på grunn av langvarlig fødsel og forsinket fremgang under fødselen. Graviditeten med dette andre barnet var normal, og hun ble lagt inn i fødeavdelingen til rett tid. Riene kom sent i gang, og det ble gitt injeksjoner av midler som skulle stimulere riene. Fødselen ble overvåket etter avdelingens regler. Tidlig neste morgen viste overvåkingen at fosteret muligens fikk for lite oksygen, men fødselen fortsatte under skjerpet overvåking. Etter tre timer ble det klart at barnet fikk for lite oksygen, og moren hadde også feber. Dermed ble det gjort hastekeisersnitt. Barnet var blå i huden og var livløst. Det var barnelege til stede, og han intuberte barnet og satte i gang gjenoppliving. Barnet kom seg, og respiratoren kunne fjernes etter to timer.

Gutten hadde fått en alvorlig hjerneskade. Etter seks måneder ble det slått fast at han hadde forsinket psykomotorisk utvikling og at han var lam på høyre side, det vil si at han hadde cerebral parese med spastisk hemiplegi. Senere er han fulgt opp med fysioterapi og regelmessige undersøkelser.

Foreldrene krevde erstatning fordi de mente at keisersnittet burde vært gjort før, kanskje tre timer før, men iallfall én time før. De mente at avdelingen reagerte for sent på de signalene overvåkingen ga. Det ble brukt CTG (elektronisk overvåking av barnets hjerteslag og morens rier) og STAN (CTG pluss registrering av barnets EKG). Foreldrene fikk støtte av to uavhengige fødselsleger, mens fødeavdelingen holdt på at de hadde fulgt sine rutiner, som de mente var tilfredsstillende. Saken endte med at foreldrene fikk medhold, og barnet fikk erstatning.

Refleksjon

Denne saken kan ses fra to forskjellige faglige sider. Den ene siden var avdelingens vedtatte faglige rutiner. De var alminnelig anerkjent, og de ble fulgt. Derfor var det ikke gjort noen feil, og barnets alvorlige hjerneskade måtte ses som en uunngåelig komplikasjon. Avdelingen holdt på dette synet.

Den andre siden tok utgangspunkt i at overvåkingen av barnet under fødselen ga bekymringsfulle signaler allerede tre timer før det ble gjort keisersnitt. Avdelingen burde reagert tidligere på disse signalene, iallfall minst én time før det ble gjort keisersnitt og muligens tre timer før.

Ser en på saken fra en *menneskelig* side, burde avdelingen innrømmet feil og kommet foreldrene i møte. Gutten ble født med en alvorlig hjerneskade som gjorde at høyre side av kroppen var lam, og skaden reduserte også hans intellektuelle evner. Skaden fikk derfor livslange følger som både gutten og hans foreldre må kjempe med resten av livet. Det er sannsynlig at hjerneskaden kunne vært unngått hvis keisersnittet var blitt utført tidligere.

Kontrollen som glapp

Barnet mistet den ene nyren

Menneskene er født med to nyrer, men nyrekapasiteten er så stor at vi kan leve godt med bare én. En kan nesten si at den ene nyren bare er en reservenyre. Men hender det noe senere i livet, kan det være godt å ha den reserven.

Denne lille pasienten var et friskt barn som ble født til rett tid. Etter noen få måneder fikk hun urinveisinfeksjon og ble behandlet av fastlegen med antibiotika. Han henviste henne til spesialistundersøkelse ved det lokale sykehuset allerede da hun var et halvt år gammel. Det ble påvist nyrebekkenbetennelse på venstre side med en liten utvidelse av en del av nyrebekkenet. Hun fikk antibiotika og ble fort bra. Noen måneder senere ble hun undersøkt på ny, og alt ble funnet i orden. Fastlegen fikk beskjed om å gi henne antibiotika hvis hun fikk tilbakefall og eventuelt ta kontakt med sykehuset. Hun fikk mange tilbakefall, og fastlegen kontaktet sykehuset flere ganger uten at de kalte henne inn til ny kontroll.

Så gikk det fire år med gjentatte infeksjoner. Hun fikk antibiotika, men ingen kontroll. Etter ny henvendelse fra fastlegen ble hun innkalt til sykehuset. Da fant en at de gjentatte nyrebekkenbetennelsene hadde ført til at nyren var blitt ødelagt og omdannet til en skrumppyre, som måtte fjernes.

Det endte altså med at hun mistet den ene nyren, men hun kan leve godt med den nyren hun har igjen. Den fungerer som den skal, men hun må selvfølgelig passe seg hvis hun skulle få en ny urinveisinfeksjon.

Refleksjon

Saken ble meldt til Norsk pasientskadeerstatning. Konklusjonen ble at kontroll og oppfølging ved sykehuset hadde sviktet, og hun fikk erstatning.

Dermed var dette en uheldig hendelse og ikke en komplikasjon. Den skyldtes ikke en enkelt feil i behandlingen, ingen «tabbe» og ikke noen enkelt person, men at systemet hadde sviktet og ikke sørget for forsvarlig kontroll, oppfølging og behandling.

Et kjennetegn ved systemfeil er blant annet svikt i organisasjoners prosedyrer. At pasienter må tilbake til kontroll på sykehuset, er ganske vanlig, enten fordi oppfølgingen skal skje som del av sykehusets rutine, eller fordi pasienten og fastlegen mener at kontroll er nødvendig. Derfor må alle sykehus og alle sykehusavdelinger ha prosedyrer og systemer som gjør at det som skjedde i denne saken, ikke skal skje.

Dette er en tankevekkende historie fordi den illustrerer den moderne oppfatningen at uheldige hendelser vel så ofte skyldes en systemsvikt som individuelle feil (jevnfør «legetabbe») av personalet.

Operert for sjelden hjernesykdom

Varig hjerneskade

Pasienten utviklet en alvorlig hodepine. Det viste seg at han hadde en sjelden medfødt misdannelse i hjernen som hadde ført til økt trykk i hjernen.

Hjernen har to store og noen mindre væskefylte hulrom som står i forbindelse med ryggmargskanalen. Når vi tar prøve av ryggmargsvæsken (spinalvæsken), er det egentlig hjernevæsken vi tar prøve av. Normalt er trykket i hjernevæsken nøye regulert. Hvis denne reguleringen svikter, kan trykket i hjernevæsken stige, og det kan utvide hulrommene og utvikle seg til et «vannhode» (hydrocephalus). Pasientens misdannelse disponerte for denne utviklingen, og han hadde fått «vannhode». En kan ikke korrigere den medfødte misdannelsen, men en kan få til en god regulering av trykket ved å legge inn en tynn plastslange som starter i hjernens hulrom og ender i bukchulen – en såkalt shunt. Dette ble gjort, og han ble kvitt hodepinen, fungerte normalt og kunne fortsette i arbeidet.

Mer enn ti år senere begynte han å få magesmerter og feber, og etter hvert utviklet det seg diaré og mer magesmerter. Det ble til slutt nødvendig å legge inn en ny shunt. Han begynte imidlertid å få febertopper og fikk etter hvert hjernehinnebetennelse. Undersøkelsene viste at shunten ikke endte fritt i bukchulen som den skulle, men lå inne i en slynge av tynntarmen. Dermed var det kommet tarminnhold i shunten, og dette var årsaken til feberen og hjernehinnebetennelsen. Shunten ble derfor fjernet, og det viste seg at han nå kunne klare seg uten denne. Alt dette hadde imidlertid påført ham en varig hjerneskade som førte til at han ikke klarte arbeidet sitt. Han ble derfor innvilget uføretrygd, og fikk etter hvert et lettere tilpasset arbeid.

Det kunne være to grunner til at shunten lå feil: enten at kirurgen hadde lagt den feil, eller at shunten selv hadde gnaget seg inn i tarmen, noe som hender av og til. Det var umulig å avgjøre hva som var årsaken, men Norsk pasientskadeerstatning lot tvilen komme pasienten til gode. I tillegg fikk sykehuset kritikk for at det hadde brukt for lang tid på å erkjenne og rette feilen. Dermed fikk pasienten erstatning. Men han må leve videre som uføretrygdet på grunn av en moderat hjerneskade med nedsatt kognitiv funksjon og arbeidsevne.

Refleksjon

Konklusjonen ble altså at kirurgen hadde lagt shunten feil, og dermed var dette en

uheldig hendelse. Tvilen kom pasienten og ikke kirurgen til gode. Det er umulig å avgjøre hvem som hadde rett. Kirurgen hadde ikke noe valg, for pasienten måtte opereres, og kirurgen måtte gjøre så godt han kunne. Men forholdene i bukhulen var uoversiktlige, og vi vil aldri få vite om dette faktisk var en uheldig hendelse og kirurgens feil, eller om det var shunten som hadde gnaget seg inn i tarmen. I så fall var det en komplikasjon til en vanskelig og uoversiktlig operasjon. Saken viser at grensen mellom det som *ikke* skal skje – den uheldige hendelsen – og det som *kan* skje – komplikasjonen – av og til er vanskelig å trekke.

Forsinket diagnose av hoftelidelse

Muligens tidligere invalidisering

Barnet var friskt og født til normal tid, men moren følte at det var noe galt med den høyre hoften. Barnet ble undersøkt på helsestasjonen, og resultatet ble bedømt til å være i orden. Først da hun var 13 måneder gammel, ble det gjort røntgenundersøkelser som viste at den høyre hoften var ute av ledd. En prøvde først strekkbehandling, men det lyktes ikke. Hun ble derfor operert 16 måneder gammel. Da var hoften ute av ledd, noe fagfolkene kaller «development dysplasia of the hip». Den ble satt på plass, og forholdene virket tilfredsstillende. Hun ble gipset i noen måneder og kunne deretter gå normalt. Men erfaring viser at forsinket behandling av denne type lidelse gjør at hoften blir slitt i så pass ung alder at det blir nødvendig å sette inn en hofteprotese.

Familien mente at de hadde meldt fra tidlig om sin bekymring for at det var noe galt med hoften. Men fordi deres bekymring ikke ble tatt tilstrekkelig alvorlig, ble diagnosen forsinket. Derfor ble hun operert for sent. Familien meldte saken til Norsk pasientskadeerstatning og fikk medhold og erstatning.

Refleksjon

I dette tilfellet skjedde det en uheldig hendelse i form av svikt i oppfølgingen av jenta på helsestasjonen, og dette førte til forsinket diagnose og behandling. Det er ikke alltid lett å oppdage at hoften er ute av ledd hos et spedbarn. Lidelsen er ikke alltid medfødt, og det hender at hofteskålen utvikler seg for sent etter fødselen. Feil utvikling i hoften er ikke sjelden. Derfor må barnelegene og helsestasjonene være spesielt oppmerksomme på denne lidelsen, og derfor er det klare undersøkelsesprogram for dette.

Helsepersonellet må trenes til å leve med mistankens skjerpede blikk. Dette er vanskelig, for en kan bli for forsiktig og påføre både seg selv, de pårørende og pasientene unødig stress. Derfor må de trenes til å bli «passe» forsiktige, og dette er et dilemma helsepersonellet må leve med.

anskelig fødsel og gjenoppliving av barnet

Stor hjerneskade

Moren var i tjuårene, frisk og arbeidet i helsesektoren. Hun hadde hatt en spontanabort og ventet nå sitt første barn. Svangerskapet gikk normalt, og hun hadde gått til regelmessige kontroller. Fødselen kom sent i gang, og hun var nesten 14 dager overtidig. Da fostervannet gikk, ble hun lagt inn i fødeavdelingen. Fostervannet var litt misfarget, men CTG-registrering av barnets hjerterslag var normal. Det var svake rier, og etter cirka 11 timer fikk hun riforsterkende medisin, som ga henne gode rier.

Keisersnitt eller ikke?

Barnet var stort, og søsteren til barnets mor hadde også født store barn. Det er en viss arvelig disposisjon for store barn. Men sykehusets objektive målinger tydet ikke på at barnet var for stort. Moren ble sliten av det lange fødselsforløpet, viste til at søsteren hadde fått store barn og ba om keisersnitt. Men det ble avvist av personalet, som mente at en vanlig fødsel skulle gå bra.

En time senere ble fødselslegen tilkalt, og han forløste hodet med vakuumprek. Skuldrene satt fast, og det tok 11 minutter før barnet var forløst. Barnet var uten puls og egen respirasjon. Anestesi- og barnelege som var tilkalt, drev gjenoppliving, men det tok 20 minutter før barnets hjerte begynte å slå, og barnet trengte respirator i fire døgn.

Barnet veide 5 kg og hadde dels en alvorlig hjerneskade og dels andre lidelser som ikke hadde noe med fødselen å gjøre. Barnet ble totalt pleietrengende og kunne verken sitte, stå, gå, snakke eller spise. Barnet måtte få mat og drikke gjennom en sonde som ble operert inn i magen.

Foreldrene søkte om erstatning, men søknaden ble avslått, fordi de uavhengige ekspertene mente at sykehuset ikke hadde gjort noen feil. Foreldrene anket til Pasientskadenemnda, og nye eksperter kom til at det var gjort feil under fødselen

og særlig under gjenopplivingen. Foreldrene fikk derfor til slutt en stor erstatning som skulle gjøre det lettere å ta seg av barnet.

Refleksjon

Denne saken var spesielt vanskelig, og den berører flere viktige spørsmål. For det første: Ville hjerneskaden vært unngått hvis barnet hadde vært forløst ved keisersnitt? I ettertid talte både overtidigheten og «stort barn» *for* keisersnitt. Men undersøkelser under svangerskapet tydet ikke på at barnet var så stort, og sykehuset fikk derfor ikke kritikk for at de valgte normal fødsel.

For det andre viste det seg at fødselen ble meget vanskelig. Hodet ble forløst med vakuumprekk, men skuldrene satte seg fast, og det tok 11 minutter før legen fikk barnet ut. Under dette forløpet fikk barnet antakelig lite oksygen.

For det tredje var gjenopplivingen etter fødselen meget vanskelig. Det tok 20 minutter før barnets hjerte kom i gang, og det trengte respirator i fire døgn. Den andre gruppen av eksperter mente at hjerneskaden skyldtes oksygenmangel, som dels hang sammen med den vanskelige og langvarige forløsningen av skuldrene, og dels med gjenopplivingen etter fødselen. Legeforeningen har utgitt en veileder i fødselshjelp som anbefaler at gjenopplivingen bør avsluttes etter 15 minutter hvis en ikke får hjertet i gang, fordi en må regne med en alvorlig hjerneskade hvis en ikke har fått hjertet i gang innen den tiden (Den norske legeforening 2008). Ekspertene trodde at det meste av hjerneskaden skyldtes oksygenmangel *etter* fødselen.

I ettertid er det klart at skaden hadde vært unngått hvis en hadde valgt keisersnitt. Da hadde en sluppet problemet med å forløse skuldrene og hele gjenopplivingen. Men det var ikke kritikkverdig at en valgte normal fødsel. Derimot ble gjenopplivingen ansett som kritikkverdig.

I tillegg reiste ekspertene et vanskelig etisk spørsmål. De mente at forsøket på gjenoppliving burde vært avsluttet etter 15 minutter, som veilederen anbefaler. I så fall ville barnet vært erklært død. Det store og uløselige spørsmålet er om det hadde vært bedre for barnet å få dø enn å vokse opp med så store skader.

A alvorlig medfødt sykdom

Døde av anestesien

Jeg har korrespondert med og snakket med foreldrene til gutten som denne historien handler om i to år. De har bedt meg bruke deres historie i denne boken, fordi de håper at den kan bidra til det forebyggende arbeidet mot uheldige hendelser, slik at andre ikke skal bli rammet.

Gutten var knapt 2½ år gammel. Han led av en medfødt sykdom som er både sjelden, alvorlig og sammensatt. Barnet vokser lite og langsomt, og etter et par år får det en overdreven matlyst. Derfor blir disse barna små og tykke. De har også store mandler i svelget og har nesten ikke evne til å hoste. Dette gjør at de sover dårlig, puster ujevnt og ofte får pustepauser (søvnapné) som fører til risiko for oksygenmangel.

En måte å behandle disse barna på, er å gi dem veksthormon som stimulerer lengdeveksten. Det er enkelt nok, men en bivirkning ved denne behandlingen kan være at mandlene vokser slik at barnet får enda større søvnproblemer. Derfor bestemte legene og foreldrene at gutten skulle få fjernet mandlene før han begynte med veksthormon. Han ble derfor lagt inn i det lokale sykehuset for å få fjernet mandlene.

Foreldrene satt med et dilemma. På den ene side ville de gjerne at gutten skulle få fjernet mandlene, slik at han kunne få veksthormon, vokse og se mer normal ut. Men på den andre siden var de redde for operasjonen og særlig for bedøvelsen, fordi gutten ikke hadde evnen til å hoste. Til slutt bestemte de seg for operasjonen, og de snakket med overlegen. De opplevde at de kunne meget mer om denne sjeldne sykdommen og om risikoen ved operasjonen enn overlegen. De følte at overlegen så på dette som en enkel operasjon og ikke brød seg med å høre på dem og særlig ikke om guttens manglende evne til å hoste.

Gutten ble bedøvet etter retningslinjene, bortsett fra at de ikke klarte å finne en blodåre hvor de kunne legge inn en nål for intravenøst drypp og eventuelle legemidler. De kompenserte for dette med andre metoder, og operasjonen gikk bra. Gutten skulle så flyttes fra operasjonsstuen og inn på overvåkingen, bare en kort liten trilletur. Ved et uhell manglet det nødvendige overvåkingsutstyret for denne lille turen, og han ble trillet over uten spesiell overvåking. Da han var kommet over i overvåkingssengen, merket personalet at huden var blålig misfarget og at han ikke pustet. Han ble straks gjenopplivet, og både hjerte og pusten kom i gang igjen. Men han hadde fått en hjerneskada på grunn av oksygenmangel og døde en uke senere.

Ingen hørte på foreldrene

Gutten var 2½ år og hadde en alvorlig medfødt sykdom. Han hadde vansker med pusten om natten, hadde «pustepauser» (søvnapné) og kunne ikke hoste. Han skulle fjerne mandlene i svelget, og foreldrene var engstelige. De hadde jo observert gutten i nesten 1000 netter og forklarte sine bekymringer til overlegen. De følte seg avvist, legen hadde ikke lest guttens tykke journal og sa til foreldrene: «Dette må dere overlate til meg, som er spesialist». Etter operasjonen døde gutten, og overlegen sa: «Han har vel ikke hostet, da» som forklaring på det som hadde hendt. Det var jo nettopp det som var problemet, og foreldrene opplevde at ingen ville høre på dem før operasjonen. Dette førte til at gutten døde.

De sakkyndige kom til at hjertestansen sannsynligvis skyldtes en hjerneskade på grunn av oksygenmangel under og like etter bedøvelsen, og særlig under overflyttingen til overvåkingen. De mente at anestesilegen ikke hadde tatt tilstrekkelig hensyn til at gutten var en høyrisikopasient, og spesielt at det var uforsvarlig å flytte ham fra operasjonsstuen uten overvåkingsutstyr. Helsetilsynet konkluderte sin vurdering med at anestesilegen hadde brutt forsvarlighetskravet i helsepersonelloven, men ønsket likevel ikke å gi ham en advarsel. Dermed var den offisielle saksbehandlingen avsluttet.

Foreldrene klaget til Norsk pasientskadeerstatning og har fått erstatning. Etter denne tragedien har de fått et friskt barn, men de kan ikke komme over det som hendte – dels at ingen hørte på dem, og dels at det ikke er truffet noen tiltak for at det ikke skal hende igjen. Det de brenner for, er at dette ikke må hende andre. Dette er en vanlig tankegang hos pasienter og pårørende som har opplevd uheldige hendelser. Mange sier at erstatning ikke er så viktig og kan ikke erstatte et mistet barn, men dette må ikke hende andre.

Refleksjon

Pasienten led av en meget sjelden, medfødt sykdom, så sjelden at mange leger aldri har sett den. Sykehuslegene hadde slått opp i lærebøkene sine og kunne teoriene bak sykdommen og dens forskjellige symptomer. Men de hørte ikke på foreldrenes bekymringer og erfaringer. Foreldrene hadde jo observert gutten i hele livet hans. De var fortrolige med pusteproblemene, den manglende evnen til å hoste og hans søvnapné, og de forsøkte å legge frem sine erfaringer og bekymringer. Men de opplevde at legen avviste dem, «for han var jo spesialist i faget, og ikke interessert i deres erfaringer og bekymringer».

Det er dette foreldrene ikke kan komme over. Hadde legen lagt seg flat, bedt om unnskyldning og tilgivelse og engasjert seg i arbeidet for at noe lignende ikke skulle hende andre, hadde det antakelig snudd hele situasjonen. Det er mange eksempler på det, for forsoning er det beste for begge parter. Jeg dristet meg til å spørre foreldrene om de egentlig var ute etter hevn. De ristet på hodet: «Nei, ikke hevn, men det må ikke hende andre».

anskelig tvillingfødsel

Den andre tvillingen fikk vannhode

Moren hadde hatt diabetes i flere år, og hun brukte insulinpumpe. Hun hadde alltid vært nøye med sykdommen og hadde god helse. Hun hadde hatt en spontan abort, og dette var hennes andre svangerskap. Hun ventet nå tvillinger og var frisk i svangerskapet. Hun gikk til kontroll ved fødeavdelingen, og det var enighet om at hun skulle føde normalt. På slutten av svangerskapet ble hun sliten og sov dårlig. Hun ble derfor lagt inn i fødeavdelingen, men planen var fortsatt normal fødsel og ikke keisersnitt. Fødselen ble satt i gang cirka ti dager før terminen, som er vanlig ved tvillingfødsler.

Fødselen ble satt i gang med medisiner, og det tok vel tre døgn før vannet gikk og fødselen kom i gang med rier. Det ble satt epiduralbedøvelse, og det var langsom fremgang. Etter cirka ni timer var mormunnen utslettet, slik at selve fødselen kunne komme i gang. Lege ble tilkalt på grunn av langsom fremgang, og den første tvillingen ble forløst med tang. Forløsningen gikk greit, men det kom urovekkende tegn på at den andre tvillingen var i fare på grunn av oksygenmangel, fordi morkaken delvis var løsnet under forløsningen av den første tvillingen. Den andre tvillingen ble derfor forløst med høy tang, og det gikk fort, på ni minutter. I denne situasjonen er tang raskere enn keisersnitt.

Den andre tvillingen var blå og livløs, men ble raskt gjenopplivet av anestesilege. Gutten kom seg, men hadde to fødselsskader. Den ene var lammelse av ansiktsnerven på venstre side. Denne skaden skyldtes trykk fra tangen, og den gikk fort over. Den andre skaden var alvorlig, nemlig en blødning under hjernehimnen (bilateralt subduralt hematom). Blødningen gikk tilbake, men det utviklet seg tegn på «vannhode» (hydrocephalus). Hjernen inneholder noen væskefylte hulrom som står i forbindelse med kretsløpet, og trykket i disse hulrommene blir nøyaktig regulert. Ved vannhode svikter denne reguleringen, og trykket stiger. Løsningen er å lage en kunstig drenering ved hjelp av en tynn plastslange (shunt) som går under huden fra hjernens hulrom til bukhulen og tømmer seg der. Dette ble gjort etter seks uker på denne gutten. Uheldigvis kom det infeksjon i shunten, og gutten er operert i alt syv ganger og i tillegg behandlet med antibiotika. Resultatet ble til slutt bra, og shunten fungerer som den skal.

Gutten har utviklet seg godt, og har vært nøye fulgt opp. Han har heldigvis ikke fått epilepsi, men han har en moderat kognitiv svikt og har nedsatt konsentrasjon

og oppmerksomhet. Han har noen trekk som kan minne om ADHD, men har gått i barnehage og klarer seg i skolen. Alt i alt går det ganske bra med ham.

Moren krevde erstatning og hevdet at gutten ville unngått skadene hvis hun hadde fått keisersnitt. De uavhengige ekspertene fant at dette var en vanskelig vurdering:

- På den ene side er vanlig fødsel det sikreste og beste også ved tvillingfødsel, og morens diabetes var godt regulert. Moren hadde også vært enig i at en skulle planlegge for en normal fødsel.
- På den andre siden var moren utslitt etter dårlig søvn gjennom flere uker, og livmorhalsen var umoden. Det viktigste var den langsomme fremgangen etter at fødselen var satt i gang.

Moren mente at en burde ha bestemt seg for keisersnitt kanskje et døgn før det endelig ble fødsel.

Ekspertene veide dette vanskelige valget forskjellig, og moren tapte saken i første omgang. Hun påklaget avslaget til Pasientskadenemnda, og det endte med at tvilen kom henne til gode og barnet fikk erstatning.

Refleksjon

Jeg har tatt med denne historien fordi den viser hvor vanskelig god helsetjeneste kan være. Ikke så sjelden står vi med et dilemma. De mulige løsningene kan være omtrent likeverdige, og i praksis vil det ofte si like dårlige. Valget er både vanskelig og ulystbetont, for det fins ingen løsninger som har en rimelig grad av sikkerhet, optimisme og tillit. Likevel må en velge. Med litt hell går det bra, og med litt uhell går det dårlig – som i dette tilfellet, fordi morkaken løsnet under forløsningen av den første tvillingen. Dyktighet, erfaring og samvittighetsfullhet er selvfølgelig til stor hjelp – som i dette tilfelle hvor de fikk den andre tvillingen ut på bare ni minutter. Men noen ganger ser det nesten ut til å dreie seg om flaks eller uflaks.

I ettertid kjenner en resultatet, og vurderingen bygger på etterpåklokskap, både hos pasienten, helsepersonellet og eventuelle sakkyndige eksperter. Etterpåklokskapen kan lede pasienten til skråsikkerhet: helsepersonellet gjorde feil, og derfor gikk det galt. Den kan lede helsepersonellet til fortvilelse: hvordan kunne jeg gjøre dette? Men den kan også lede til det motsatte: jeg gjorde det best mulige i denne vanskelige situasjonen, men noen ganger er det håpløst. Ekspertene skal ikke bruke etterpåklokskap, og de leter selvfølgelig etter feil, for det er deres jobb. Etterpåklokskap er likevel viktig for helsepersonellet, for den er kilde til læring. Derfor skal alle uheldige hendelser i helsetjenesten rapporteres og analyseres, for det er slike hendelser en kan lære av. Det har til og med vært sagt at uheldige hendelser er gull verdt, for de er grunnlaget for læring og det forebyggende arbeid.

Men det hender at etterpåklokskapen er til liten nytte, for dilemmaet er uløselig. Dilemmaer i helsetjenesten og i rettssaker har det til felles at en må velge en løsning om de er aldri så uløselige. I helsetjenesten hender det at resultatet avhenger av flaks eller uflaks, mens en i rettssaker kan la tvilen komme klageren til gode. Min professor i USA skulle forklare meg dette og sa: «That's life, right or wrong!»

Føflekk i ansiktet

Mange operasjoner og for dårlig resultat

Pasienten var en frisk gutt som etter fødselen utviklet en stor føflekk på høyre side av haken, cirka 2 x 3 cm. Fra han var tre år til han kom i tenårene, ble det gjort i alt syv plastiske operasjoner for å fjerne flekken. Sluttresultatet ble et fremdeles godt synlig arr, et lite drag på høyre side av underleppen, litt sikling og moderate talevansker. Både utseendet og talevanskene preget selvfølgelig oppveksten. Han hadde i tillegg moderate psykiske problemer, ble mobbet på skolen og trakk seg tilbake fra jevnaldrende.

Moren krevde erstatning på vegne av sønnen, både for alle operasjonene og på grunn av sluttresultatet. Den endelige vurderingen ble at de plastiske kirurgene burde ha valgt en annen metode som kunne gitt langt færre operasjoner og et bedre sluttresultat. Gutten fikk derfor erstatning.

Refleksjon

Jeg tar med denne historien fordi den illustrerer to sider ved moderne kirurgi. Den ene siden er de tekniske problemene og vurderingene. I ettertid ble spesialistene kritisert for valg av metode. Men selv om denne vurderingen ble gjort cirka 12 år senere, var grunnlaget for kritikken det som ble ansett som god medisin på behandlingstidspunktet. Vurderingen tilsier derfor at plastikkirurgene skulle ha foretatt andre valg. Hvorfor velger en som en gjør? Et vell av faktorer spiller inn: Holder en seg faglig oppdatert? Analyserer en risikoen grundig? Hvilke konsekvenser er så store at ingen sjanser kan tas? Hvor sårbar er pasienten? Og så videre.

Den andre siden er virkningene på pasienten og familien. I dette tilfellet er det klart at alle operasjonene og problemene gjennom oppveksten var vanskelige for gutten og familien. Det skal ikke mye fantasi til å forstå det, og det er umulig å veie konsekvensene for resten av livet.

Jeg synes saken minner om hvor viktig den Hippokratiske grunnregelen er: *Det viktigste er å ikke skade* – primum est nil nocere.

Uheldige hendelser – kirurgi

Den historiske utviklingen og tenkningen

Går vi langt tilbake i historien, var medisinen og kirurgien skilt. Legene var medisinere, og de var opptatt av teori, filosofi og forskning, som dessverre ofte var feilaktig (Wootton 2006). Kirurgene var praktiske håndverkere, og de ble kalt «bartskjærere» i middelalderen. De gikk i lære hos en mester og ble dyktige i faget. Spesielt ble krigskirurgene imponerende håndverkere som kunne amputere en arm eller et ben på ett minutt uten bedøvelse. Omtrent på 1700-tallet ble de to grenene forent og møttes i en felles grunnutdanning på universitetene. Dermed vokste det frem en felles medisinsk teoribygning. Den utviklet seg raskt på 1800-tallet med bakteriologien og den sterile operasjonsteknikken. Omkring 1900 hadde vi en godt etablert medisinsk skole i Det medisinske fakultet ved Universitetet i Christiania, og alle de norske legene ble utdannet her. Det ble bygget sykehus over hele landet, og vi hadde en god distriktshelsetjeneste under ledelse av distriktslegene.

Og så vokste hele den moderne medisinen frem, først langsomt i første del av 1900-tallet, og så fortere og fortere. Da jeg ble lege i 1950, var medisinen delt i to – indremedisin og kirurgi. De to delene utviklet seg parallelt, og det felles stikkordet var grenspesialisering. Vi fikk grener for alle organene i menneskekroppen: hjerte, lunge, mage-tarm, lever, nyre, ledd og skjelett, hormonkjertlene, blod og kvinnesykdommer. Stadig flere spesialiteter ble skilt ut fra de store fellesspesialitetene: barnesykdommer (pediatri), nevrologi, psykiatri, infeksjonssykdommer, anestesi, intensiv medisin og skader (traume). En moderne beskrivelse er at legene kan mer og mer om mindre og mindre. De store sykehusene blir delt opp i spesialavdelinger, og denne utviklingen gjør det vanskelig for de små sykehusene å opprettholde kvalitet og kompetanse. Det er lett å se at moderne medisin krever samarbeid, og *team* er blitt et viktig stikkord. Samtidig må en huske at pasientene, og særlig de eldre, ofte har flere sykdommer som krever både bred kompetanse og samarbeid på tvers av spesialitetene.

På tross av denne utviklingen har kirurgien og medisinen beholdt sine særtrekk. De *medisinske* spesialitetene er preget av teori og forskning, diagnostikken er en hovedsak, og behandlingen er legemidler som må velges og doseres med omtanke. De *kirurgiske* spesialitetene er preget av handling og teknikk. Diagnostikken er ofte åpenbar, for eksempel ved et benbrudd, og utfordringen er dyktighet og effektivitet i den operative behandlingen. Her er kommunikasjon og samarbeid ofte avgjørende, og tiden kan være knapp. Hvis indremedisineren er den gode tenkeren og diagnostikeren, er kirurgen den gode teknikeren – en handlingens mann.

Brannskade og invaliditet

Pasienten hadde psoriasis, en hudsykdom som av og til er kombinert med en kronisk leddlidelse. Begge skuldrene var smertefulle med nedsatt bevegelighet. Den høyre skulderen ble operert, og resultatet ble vellykket. Han fikk mindre smerter og bedre bevegelighet. Etter hvert ble den venstre skulderen mer plagsom, og den ble operert med artroskopi (kikkhullsoperasjon) året etter. Under operasjonen ble det brukt elektrisk diatermi (strøm med høy frekvens og lav spenning) til avbrenning av vev (stanser blant annet sivblødning fra blodkar som ikke kan underbindes fordi de er for små), og det førte til helt uvanlige skader. Dels ble de to leddene (overarmsbenet humerus og skulderbladet scapula) skadet, og dels kom det et brannsårl i huden. Dette er skader som opptrer svært sjelden, og som det ikke er lett å forklare. De skyldtes antakelig mer en teknisk enn en menneskelig feil.

Pasienten ble fulgt opp med kontroller, inklusive MR, og fysioterapi. Etter ett år ble han reoperert på et annet sykehus. Han ble noe bedre, men sluttresultatet ble en varig nedsatt funksjon og en varig invaliditet på cirka 8 % på grunn av den mislykkede operasjonen. Sykehuset oppfordret ham til å søke erstatning, og det fikk han.

På grunn av leddlidelsen hadde han allerede noen år tidligere fått innvilget uføretrygd på 50 %. Etter hvert måtte han oppgi deler av sitt gamle liv med snekring, vedlikeholdsarbeid i hjemmet, trening og friluftsliv. Han måtte også slutte i arbeidet sitt. Alt dette gjorde ham deprimert, noe han går til behandling for. Til sammen har sykdommen og behandlingsskaden ført til en ond sirkel, som han må streve med resten av livet.

Refleksjon

Skaden skyldtes en svikt som sykehuset ikke hadde noen forklaring på, men den ble knyttet til diatermiapparatet. Denne hendelsen illustrerer at medisinen ofte er teknisk komplisert, og det kan oppstå uheldige hendelser som ikke skyldes menneskelig svikt. Mange hendelser kunne vært forebygget, men dessverre ikke alle, og denne hendelsen er kanskje et eksempel på det.

Kirurgi, og særlig ortopedi, er ofte komplisert og har sin risiko. Dette må en selvfølgelig ta hensyn til, og både pasienten og legen må overveie om risikoen er rimelig. Samtidig må en selvfølgelig understreke at rutinene for kontroll og bruk av det tekniske utstyret må følges til punkt og prikke.

A alvorlig syk – komplisert behandling

Tragisk resultat

Pasienten var tidligere operert for blindtarmbetennelse og for livmorkreft. Hun hadde astma da hun var barn, og hadde røkt 10–20 sigaretter daglig i mange år. Etter hvert utviklet hun kronisk lungesykdom (kols) som gjorde henne andpusten ved anstrengelse. Hun fikk også muskelsmerter, særlig i nakken og skuldrene. I tillegg ble hun stiv i begge albuer (epicondylitt). Den høyre ble operert med godt resultat. Sykdommen ble oppfattet som fibromyalgi, behandling hjalp lite, og hun ble uføretrygdet i femtiårsalderen.

Etter hvert begynte hun å få smerter i bena ved moderate anstrengelser (claudicatio intermittens). Røntgenundersøkelser viste at hovedpulsåren var tett, og det var baklengs blodstrøm i de to store pulsårene som går til bena. Hun ble vurdert på sykehuset. Hjertet var normalt og kols-plagene moderate. Sykdommen i pulsårene var derimot alvorlig. Spesialistene kom til at det var nødvendig å operere henne, og at hun kunne tåle operasjonen.

Operasjonen var både stor og vanskelig. Det ble satt inn kunstige blodårer som skulle erstatte både den tette delen av livpulsåren og de to store pulsårene som går til bena, et såkalt Y-graft. Operasjonen lyktes, og de kunstige pulsårene fungerte. Men så fulgte en serie alvorlige komplikasjoner. I dagene etter operasjonen kom tarmfunksjonen ikke i gang, og magen ble stor og spent. Etter fem dager ble hun derfor operert på nytt, og det ble funnet tarmslyng (ileus). Grunnen var at nedre del av tynntarmen var stengt av en snørefure (adheranse). Da tarmen ble tømt, ble det en rift i tynntarmen, som ble sydd igjen.

En ukes tid senere begynte væske å lekke ut av operasjonssåret. Seksten dager etter den første operasjonen ble hun operert på nytt. Det var kommet nye sammenvoksninger som klemte av tynntarmen, og det var mye væske i bukhulen. To dager senere ble hun dårlig. Det rant tarminnhold ut av operasjonssåret, og hun ble operert for fjerde gang. Det var gått hull på tynntarmen, og den ødelagte delen av tarmen ble fjernet. Fire dager senere viste det seg at tarmskjøten lekket, og tarmen måtte legges ut. Etter hvert utviklet det seg en forsnevring av spiserøret, og hun fikk ikke mat i seg. Spiserøret ble derfor blokket. Det oppsto et hull i spiserøret (perforasjon) under blokkeringen, og det endte med at spiserøret måtte fjernes. Dermed ble hun avhengig av kunstig ernæring gjennom sonde.

Den tragiske løsningen for denne pasienten ble at hun i dag bor på et sykehjem i hverdagene. I helgen kommer ektemannen hjem fra jobb, tar henne hjem og stiller henne hjemme. At denne pasienten og hennes familie er sterkt fortvilet over utfallet og situasjonen, er mer enn forståelig!

Slektningene følte stor angst og bekymring etter den første operasjonen, og de følte at de ikke ble hørt av legene på sykehuset. Derfor tok det etter deres mening alt for lang tid før hun ble reoperert. De mente også at komplikasjonen med spiserøret var så vanskelig at hun burde vært overflyttet til en spesialavdeling. Da kunne spiserøret muligens vært bevart. De sendte derfor inn en søknad om erstatning.

Norsk pasientskadeerstatning har vurdert hele denne vanskelige saken, og det er innhentet uavhengige spesialisterklæringer. Resultatet av denne utredningen ble at det ikke forelå svikt ved behandlingen, verken i gjennomføringen av operasjonene eller oppfølgingen av komplikasjonene. Men det samlede skadeomfanget var så omfattende og så uventet at pasienten likevel, under henvisning til en rimelighetsregel i pasientskadeloven, hadde krav på erstatning, og det fikk hun. Og, jeg må innrømme at jeg sitter igjen med en følelse av at familien tross alt hadde ganske mye rett. Som lege må man være lydhør når pårørende uttrykker bekymring og mener at det haster.

Refleksjon

Jeg synes at denne saken illustrerer en alvorlig side ved moderne medisin og helse-tjeneste. Pasienten var alvorlig syk, og operasjonen var nødvendig, men den var både stor, vanskelig og risikabel. Resultatet ble en serie alvorlige komplikasjoner og en varig og alvorlig invaliditet. I ettertid kan en tenke at kanskje hadde det vært bedre å ikke operere. I så fall ville sykdommen uten tvil utviklet seg videre og til slutt tatt livet av kvinnen. Dermed sto pasienten og legene i et dilemma: Operasjon eller ikke? For legene handlet dette om hvilket behandlingsopplegg de skulle anbefale, og for pasienten om hun skulle gi sitt informerte samtykke til dette.

Jeg tror at slike dilemmaer vil bli vanligere, dels fordi stadig flere pasienter blir gamle og alvorlig syke, og dels fordi helsetjenesten føler seg presset til å ta på seg oppgaver som til slutt blir *for* store og risikable. Da kan det mislykkes uten at det har foregått noen uheldig hendelse, og uten at det er grunn til å kritisere verken de enkelte legene eller systemet.

Operert for benbrudd

Til slutt ufør

Pasienten ble operert med innsetting av en ny hjerteklaff, og resultatet ble vellykket.

Noen måneder etter operasjonen falt han og brakk høyre legg. Bruddet satt i nedre del av leggen. Det var et vanskelig brudd, men det var ikke noe gjennombrudd til huden. Han ble først gipset, men stillingen var ikke god, så han ble operert noen dager senere. Bruddet var vanskelig å operere, men resultatet så bra ut. Etter tre måneder viste røntgen forsinket tilheling, og det var begynt å sive væske fra operasjonssåret. En klarte ikke å påvise bakterier i denne væsken, selv om det måtte være en infeksjon. Etter hvert ble det klart at bruddet ikke hadde grodd, og det hadde dannet seg et falskt ledd på bruddstedet (en pseudartrose). Det var sannsynlig at dette leddet var infisert.

Han ble henvist til de fremste spesialistene i landet. Situasjonen var i utgangspunktet vanskelig med et infisert brudd. Denne tilstanden var spesielt risikabel fordi han hadde en kunstig hjerteklaff som lett kunne bli infisert. Etter forbehandling med antibiotika ble han operert på nytt med en komplisert operasjon, blant annet med transplantasjon av ben. Det lyktes til slutt å redde benet fra amputasjon. Både bruddet og såret grodde etter hvert. Han var imidlertid blitt avhengig av krykker og fikk en varig uførhet på cirka 30 %. Han hadde krav på ytelser fra folketrygden og fikk erstatning for følgene av at bruddet var blitt infisert.

Refleksjon

Jeg har tatt med denne historien fordi den illustrerer et forholdsvis vanlig og vanskelig problem. Ortopediske operasjoner på ben og ledd blir lett infiserte, særlig når en må etterlate kunstig og dermed fremmed materiale som proteser og skruer. Dette er en kjent risiko, og derfor må en ta spesielle forholdsregler ved slike operasjoner for å forebygge infeksjoner. På tross av omhyggelige forsiktighetsregler hender det likevel at det blir infeksjoner.

Pasientskadeloven gir pasienter et økt erstatningsrettslig vern ved infeksjoner. Tankegangen er at i hvert fall det man kan kalle påførte infeksjoner, skal kunne unngås. Og da er det rimelig at samfunnet – og ikke pasienten – bærer risikoen. Synet på hvor langt ned mot null infeksjon man kan komme, har endret seg vesentlig de siste årene for ortopediske operasjoner. Hendelser som for kort tid siden fikk passere, vil det i dag være riktig og viktig å kritisere. Kampen mot sykehus-

infeksjoner må avdekke både menneskelig svikt i operasjonsteamene og svikt i prosedyrer og andre systemer. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet et system som kalles «clean care» (World Health Organization 2005) som norske sykehus skal følge.

Nerveskade under ryggoperasjon

Varige smerter og invaliditet

Pasienten hadde hatt mye kontakt med helsetjenesten opp gjennom livet. Hun hadde fått operert magesekken med såkalt «gastric banding» på grunn av stor overvekt, og hadde gått kraftig ned i vekt etter operasjonen. Hun hadde også fått fjernet livmoren.

I flere år hadde hun hatt rygg smerter, og undersøkelsene viste at de skyldtes en degenerasjon av den femte lendevirvelskiven. Hun forsøkte først korsett som hjalp en stund, men til slutt ble hun operert. Virvlene på hver side av den ødelagte skiven ble operert sammen. For å få til det, måtte det legges inn et bentransplantat som ble tatt fra hoftekammen. Operasjonen gikk greit og virket til å begynne med vellykket. Hun ble sendt på rehabilitering, men etter hvert fikk hun plagsomme smerter i ryggen, og det viste seg at en nerve var skadet under operasjonen. Det ble gjort et forsøk på å rette opp denne skaden ved en ny operasjon, men det lyktes ikke. Hun måtte derfor leve med smertene, og det gikk ut over arbeidsevnen. Det endte med en varig invaliditet, og hun fikk erstatning.

Refleksjon

Ekspertene kom til at nerveskaden skyldtes en feil under operasjonen. Konklusjonen ble altså at nerveskaden var en uheldig hendelse som berodde på en menneskelig svikt. Store ryggoperasjoner er kompliserte og har en risiko, selv om operatøren er både dyktig, erfaren og omhyggelig. Ikke alle uheldige hendelser kan unngås, og det er viktig at pasient og lege drøfter risikoen før operasjonen.

Langsom fremgang og dårlig overvåking under fødselen

Stor hjerneskade med invaliditet

Den førstegangs fødende moren hadde god helse. Svangerskapet var normalt, og hun ble lagt inn i fødeavdelingen to dager etter terminen. Hun følte seg kjekk da hun ble lagt inn en sen kveld.

Nedenfor er en tidtabell som viser hendelsesforløpet under fødselen:

Dag	Klokken	Hva skjedde?
1	23.20	Kom til sykehuset med rier
2	15.50	Livmoren ble «strippet» for å stimulere til fødsel
	16.30	Vannet gikk, og så normalt ut
	17.30	Trillet inn på fødestuen med rismerter
	18.00	CTG (registrering av fosterets hjerteslag og morens rier) var tilfredsstillende
	22.10	CTG var ikke tilfredsstillende lenger
	22.30	Mormunnen på livmoren var åpen, og moren «skrek etter keisersnitt»
3	00.20	Moren fikk oxytocin som stimulerer riene
	00.50	Legen ble tilkalt
	02.30	Legen ankom
	03.31	Barnet forløst med vakuumentrekk. Barnet var blått og livløst, og full gjenoppliving ble straks satt i gang
	03.50	Barnet begynte å puste
4	-	Barnet ble fløyet med helikopter til sentralsykehuset

Fødselen varte i nesten 30 timer. Moren ble utslitt og ville ha keisersnitt. Overvåkingen med CTG av barnets hjerteslag viste en god stund at fosteret hadde det bra, men de siste kanskje fem timene viste den at det ikke var bra. Det verste for moren og hennes mann var at det tok så lang tid før legen kom. Da han kom, gjorde han en rask avslutning på fødselen med vakuumentrekk.

Barnet var blålig misfarget og livløst, men anestesilegen fikk liv i det. Neste dag ble barnet fløyet til sentralsykehuset med helikopter. Det kom seg, men fikk en meget alvorlig og uopprettelig hjerneskade. Barnet fikk diagnosen cerebral parese med såkalt kvadriplegi (lammelser av både ben og armer) og sitter i rullestol. Det kan ikke snakke og må mates. I tillegg har det fått epilepsi og er avhengig av behandling for det. Det ser og hører godt og er i barnehage seks timer hver dag. Barnet får regelmessig god oppfølging og behandling. Foreldrene har måttet skaffe seg et nytt hus, noe som gjør hverdagen lettere. De krevde erstatning for den fødselshjelpen de fikk, og de uavhengige ekspertene ga dem medhold:

- Fødselen var for dårlig overvåket, og spesielt tok det alt for lang tid før legen kom til stede.
- CTG-registreringene viste at fosteret fikk for lite oksygen gjennom lange perioder, og legen skulle vært tilkalt før.
- Barnet skulle vært forløst iallfall 2–3 timer før.

Refleksjon

Skadene på barnet skyldtes oksygenmangel og kunne antakelig vært unngått ved bedre overvåking, riktig tolking av CTG-registreringene og en tidligere fødsel, enten ved hastekeisersnitt eller ved vakuumenttrekking.

Sykehuset godtok kritikken, men understreket at tolkingen av CTG-registreringene ikke er enkel og entydig. Når en i ettertid vet at det gikk galt, er det lett å tolke mer usikre registreringer som sikrere enn de faktisk var. Dette er dessverre ikke uvanlig i medisinen. Men man må også huske at når en sakkyndig i Norsk pasientskadeerstatning vurderer tilfeller som dette, skal vurderingen gjøres som om han var til stede der og da.

Denne historien bringer opp et vanlig problem. Kvinnen i denne historien forteller at hun «skrek etter keisersnitt», men ingen hørte på henne.

Forsinket diagnose av blødning og lammelser

Pasienten hadde forhøyet blodtrykk og hadde tidligere hatt et hjerteinfarkt. I mange år hadde han hatt vond rygg, og han merket etter hvert at han hadde mindre kraft i bena og gikk dårligere enn før. Det ble påvist at han hadde spinalstenose, det vil si at ryggradskanalen var blitt for trang på grunn av forkalkninger og aldersforandringer i ryggen. Dette er en ganske hyppig lidelse hos eldre, og den er vanskelig å behandle. Blir det for ille, må en operere for å lage mer plass til ryggmargen og til nervene.

Pasienten ble operert i en spesialavdeling. Dagen etter ble han tungpusten, og han ble overflyttet til hjerteavdelingen ved et større sykehus. To dager etter operasjonen ble det påvist blodpropp i venstre lunge, og det ble startet antikoagulasjonsbehandling (som reduserer blodets tendens til levring) for å stanse utviklingen i lungen og for å hindre nye blodpropper. Den påfølgende dagen fikk han smerter i ryggen og nedsatt kraft i bena. CT-undersøkelse viste blødning i operasjonsområdet i ryggen, og han ble derfor operert på nytt. Men det gikk for lang tid – 28 timer – mellom tegnene på blødning, CT-undersøkelsen og operasjonen. Dette førte til at han fikk en varig skade på ryggmargen og nervene til bena med en delvis lammelse av bena, en tilstand som kalles droppfoot. Etter hvert er han blitt noe bedre, men skaden er varig.

De uavhengige ekspertene mente at det var gått for lang tid fra det var sikre tegn på blødninger i ryggen og til han ble operert på nytt. Hadde han blitt operert før, hadde han antakelig unngått nerveskadene og lammelsen. Pasienten fikk erstatning, men må leve med sin nedsatte funksjon.

Refleksjon

Denne historien illustrerer to ting. For det første er vurderingen av eldre mennesker med flere sykdommer og kompliserte problemer ofte vanskelig, og behandlingen kan være risikabel. Denne risikoen må pasienten og legen drøfte, og beslutningen må de ta sammen. Det ble gjort i dette tilfellet.

For det andre må overvåkingen etter risikable operasjoner være grundig og påpasselig. I dette tilfellet var det spesielt viktig, for behandlingen krevde en vanskelig balansegang. Han var operert i et følsomt område med liten plass og risiko for blødning, samtidig som han måtte få behandling for blodproppen i lungen. Antikoagula-

sjonsbehandling øker som kjent risikoen for blødning. Derfor skulle overvåkingen vært spesielt nøye. Mistanke om blødning i ryggen skulle ført til umiddelbar CT-undersøkelse, og påvisningen av blødning skulle ført til øyeblikkelig operasjon for å stanse blødningen og redde funksjonen.

I dette tilfellet kom ekspertene til at cirka 28 timer gikk tapt før han ble operert på nytt. Denne forsinkelsen førte til en varig skade. Tilfellet ble vurdert som en uheldig hendelse, og det er rimelig å oppfatte den som en systemfeil. Den berodde på at avdelingen, det vil si systemet, ikke var tilstrekkelig påpasselig i en situasjon som nettopp krevde påpasselighet.

Operasjon på livmoren

Skade på tykktarmen og bukhinnebetennelse

Pasienten hadde god helse, men i den siste tiden hadde hun hatt uregelmessig menstruasjon, og det viste seg at hun hadde en ti centimeter stor muskelknode (myom) på livmoren. Den måtte fjernes, og dette skulle være en enkel rutineoperasjon. Avdelingen hadde gjort en slik operasjon over tusen ganger uten noen problemer.

Hun ble operert ved laparoskopi, det vil si med kikkhullsmetode. Svulsten ble skrellet løs, og livmoren sydd på vanlig måte. For å få svulsten ut, måtte den deles opp ved hjelp av en såkalt morcillator. Det gikk også helt greit, men etter operasjonen fikk hun smerter og feber. Tre dager senere måtte hun opereres igjen. Operasjonen startet med laparoskopi, som viste at det var store mengder fri avføring i bukhulen, og en måtte gå over til en vanlig operasjon. All avføring ble fjernet, og buken ble gjort grundig ren. Det viste seg at det under den første operasjonen var blitt en stor rift i nedre del av tykktarmen. Denne ble omhyggelig sydd igjen.

Forløpet var vanskelig, fordi det dannet seg flere verkebyller eller abscesser i bukhulen. Disse måtte dreneres, og tykktarmen måtte legges ut. Omsider roet alt seg ned. Etter fire måneder kunne tarmen legges inn igjen. Hun fikk en lang rekonvalesens. Hun og samboeren ønsket seg barn, men legene måtte fortelle henne at det kunne være oppstått to komplikasjoner som følge av betennelsen i bukhulen. Den ene var at det kunne være vanskelig for henne å bli gravid fordi egglederne kunne være skadet. Den andre grunnen var økt fare for svangerskap utenfor livmoren. Disse problemene måtte hun foreløpig bare leve med. Hvordan det har gått, har vi ingen opplysninger om. Det er lett å forstå at dette var et alvorlig slag for en ung kvinne.

Langvarig fortvilelse

Pasienten har skrevet om sine opplevelser på sykehuset. Hun hadde mange plager: smerter med for lite lindring på grunn av feil innstilling av smertepumpen, soppinfeksjon i munnen som ikke ble godt nok behandlet, mareritt, kløe, kvalme og et vekttap på 13 kg. Sykehuslegene snakket flere ganger både med henne og med de pårørende, og hun kom seg godt etter at alt omsider var over.

Refleksjon

Hvordan kunne det gå så galt med en operasjon som legene var vel kjent med, og hadde gjort over tusen ganger før med samme teknikk, uten noen skade på pasientene? Det er umulig å svare på det, for legene fulgte sine innarbeidete rutiner med alle de vanlige forsiktighetsreglene. Det var åpenbart at tykktarmen ble skadet under bruken av morcillator for å dele opp svulsten, men hvorledes og hvorfor dette kunne skje, var det umulig å forklare.

Det ble ikke gjennomført noen «Root Cause Analysis» (analyse av årsakene som førte til hendelsen, se Hjort 2007), men alle legene på avdelingen gikk grundig igjennom rutinene ved operasjonen for å sikre seg mot gjentakelse. Sånn sett reagerte de riktig når den uheldige hendelsen først hadde skjedd.

Slått ned – forsinket behandling

Varig invaliditet

Han var en ung og lovende student midt i tjuårene da han en vårnatt ble slått ned. Det foregikk utenfor et utested, og både offer og gjerningsmann var beruset. Siden tidsfaktorene ble avgjørende i saken, har jeg laget et sammendrag:

- Det var ved tretiden om natten at han ble slått ned. Knyttneven traff ham med voldsom kraft i pannen og slengte ham bakover, slik at bakhodet traff asfalten. Dette førte til omfattende skader: Brudd i skallens basis, blødninger og skader i hjernens panne- og tinninglapper og en større blødning (subduralt hematom). I tillegg fikk han hjernerystelse, men ble ikke bevisstløs. Han ble omsider plukket opp fra gaten av politiet og sendt med ambulanse til legevakten. Klokken var blitt litt over seks da han kom dit.
- Legevakten nøyde seg med å måle promillen til 1,8 og fant ut at han bodde i nabokommunen. Han ble derfor sendt til legevakten på sykehuset der og kom dit ved sjutiden. Her ble han oppfattet som beruset og forslått, men ikke livstruende skadet. Legevakten tok derfor kontakt med foreldrene og ville sende ham hjem. Foreldrene satte seg imot det, og dro isteden til legevakten.
- Tiden gikk, og ved halvellevetiden ble han uklar og omtåket. Sykehuset hadde moderne røntgenutstyr (CT) og kyndige røntgenspesialister, men likevel ble hodet ikke undersøkt før tilstanden forverret seg. Da viste røntgenundersøkelsen alvorlig hjerneskade, og litt før klokken ett ble han sendt til nevrokirurgisk avdeling på et nærliggende sykehus.
- Han ble straks operert. Blødningene ble stanset, og blod og ødelagt vev ble fjernet. Han overlevde og ble operert på ny nærmere to uker senere. Tilstanden bedret seg langsomt, og fra juli til september var han til rehabilitering. Han ble bedre, og ut på høsten kunne han flytte hjem til foreldrene.

Han måtte leve videre med en betydelig og sammensatt invaliditet. Den skyldtes kognitive defekter og nedsatt psykomotorisk tempo, konsentrasjon og oppmerksomhet. Selv syntes han at nedsatt hukommelse og læringsevne var verst, og han opplevde at han måtte begynne hver dag på nytt. Han snakket utydelig (dysartri), og funksjonen i den ene hånden var svekket. Ekspertene beregnet den totale invaliditeten til cirka 50 %.

Livstruende skadd, men ikke død

Han har selv beskrevet situasjonen der han lå med en alvorlig hjerneskade og delvis i koma. Rundt sengen sto slektningene, som var medisinsk kvalifiserte, og sykehusspesialistene. Det var uenighet om hva som skulle gjøres, og de fleste trodde han ville dø i alle fall. Familien hadde håp og ville at han skulle opereres. Endelig grep nevrokirurgen inn og sa: «Vi må operere ham, og vi må gjøre det *nå!*»

Årsaken til invaliditeten var selve skaden på panne- og tinninglappene i hjernen, og det var uenighet om hvor stor rolle forsinkelsen før operasjonen spilte. Familien krevde erstatning og hevdet at 3–4 timer var gått tapt på det lokale sykehuset, fordi de ikke undersøkte hodeskaden, til tross for at de hadde både det nødvendige røntgenutstyret og kompetansen til å gjøre de nødvendige undersøkelsene. De uavhengige ekspertene som vurderte saken, var uenige om hvor stor rolle denne forsinkelsen spilte for den varige invaliditeten, men resultatet ble til slutt at han fikk en stor erstatning. Ekspertene mente at kanskje en tredjepart av invaliditeten kunne vært unngått hvis han hadde blitt operert før.

I årene siden har han kjempet seg fremover skritt for skritt. Det har vært nesten håpløst tungt. Han forsøkte først én utdanning, men måtte gi opp. Den andre utdanningen han forsøkte klarte han å fullføre og fikk en deltidsstilling. De siste fem årene har det gått gradvis litt lettere, men det er langt igjen. Hele tiden har han klart seg i egen leilighet. Han er helt avhengig av sitt sosiale nettverk, og han roser det – dels sin egen familie og dels sine trofaste venner fra musikken. Han har lært seg at sosialt nettverk krever hans egen innsats, fordi godt vennskap krever snillhet, omtanke og hjelpsomhet. Det som driver ham, sier han, er dels hans gamle intelligens og i tillegg en ufattelig stolthet og stahet. Det har drevet ham fremover, og målet er ikke bare å vende tilbake til en eksistens, men til et liv som er verd å leve. Han er optimistisk. Takket være erstatningen har han klart seg med halv uføretrygd, men målet er både en full jobb og et fullt liv.

Refleksjon

Hvordan kunne det skje, at han ble liggende i cirka 3½ time på legevakten på lokalsykehuset, når sykehuset hadde både utstyr og kompetanse til å undersøke hjerneskaden og sørge for at han ble operert?

Jeg har selvfølgelig ikke forklaringen på det, men jeg har forsøkt å tenke meg inn i situasjonen på legevakten tidlig den vårsøndagen. Pasienten var beruset og hadde

en hodeskade som kunne være alt fra en forholdsvis uskyldig hjernerystelse til en alvorlig hjerneskade. Sykehuset trodde mest på en vanlig beruselse og forsøkte å sende ham hjem, men familien grep inn. Og så gikk tiden. Hvordan tenker en i en slik situasjon på en travel legevakt? En står i et dilemma. En kan ikke tenke det alvorligste om alle pasientene, for da kommer en ingen vei. Men en kan heller ikke ta det lettvisst, for da vil en overse det alvorlige, som i dette tilfellet. Dermed ble skjønnnet avgjørende, og i dette tilfellet førte dårlig skjønn til at pasienten ble skadet. Og vi blir stående igjen med det helt avgjørende: utdanning av personalet og kulturen på arbeidsplassen. Det er de to store utfordringene.

Uheldige hendelser – medisin

Den historiske utviklingen

I rammen om kirurgi har jeg gjort rede for det eldgamle skillet mellom kirurgi og medisin. Medisinen, eller indremedisinen, som det har hett i over 100 år, var filosofien, tenkningen og forskningen, mens kirurgien var håndverket.

Medisinen var på ville veier i mange hundre år, og gale teorier førte til tragiske feilbehandlinger (Wootton 2006). Årelatingen var den alvorligste av disse villfarelsene og kostet mange mennesker livet. På 1800-tallet begynte nye tanker og troverdig forskning å slå rot. Her er noen eksempler:

- René Laënnec (1781–1826) fant opp stetoskopet, studerte lydene fra kroppens organer og la grunnen for legenes kliniske undersøkelser.
- Louis Pasteur (1822–1895) oppdaget bakteriene og klarla mange av de alvorlige smittsomme sykdommene.
- Wilhelm Roentgen (1845–1923) oppdaget røntgenstrålene og la grunnen til den ufattelige utviklingen av medisinsk bildediagnostikk.
- Rudolph Virchow (1821–1902) grunnla patologien, det vil si den mikroskopiske undersøkelsen av sykdomsforandringene i kroppens organer, enten i prøver (biopsier) eller ved obduksjon (autopsi). Dermed fikk medisinen et systematisk grunnlag og en tenkemåte å bygge på.
- Robin Fåhræus (1888–1968) startet undersøkelser av blodprøver med sin «senkningsreaksjon», det vil si at de røde blodlegemene sank fortere til bunns i blodprøver fra syke enn fra friske mennesker.

Utviklingen førte til store praktiske resultater for forskning, utdanning og den praktiske utformingen av helsetjenesten i første del av 1900-tallet, blant annet med sykehusbygg over hele landet. Etter krigen økte farten i forskning og utdanning, og indremedisinen sammenfatter hele det teoretiske grunnlaget for «de indre sykdommene». Medisinen er nå delt opp i grenspesialiteter for alle organer, for eksempel hjerte og nyre.

Indremedisinen bygger på sykehistorien, legens undersøkelse av pasienten, blodprøver, bildediagnostiske undersøkelser og eventuelle vevsprøver. Alt sammenfattes i en diagnose som fører til en medisinsk behandling, som regel med legemidler. Indremedisinen har mange feilkilder – i undersøkelsene, i den diagnostiske tankegangen, i valg av behandling og i kontroll av resultater og eventuelle bivirkninger. Indremedisinerne bruker ofte flere legemidler sammen, og det kan fort bli problemer med valg av legemidler og doser.

Indremedisinen sliter med tre problemer:

- «Overuse»: for mye behandling, spesielt for mange medisiner og for store doser
- «Underuse»: for få og for dårlige undersøkelser og for lite behandling
- «Misuse»: feilaktig undersøkelse og/eller behandling

Behandlet for betennelse i hjertet

Ødelagt balansefunksjon

Pasienten hadde i noen år hatt skrantende helse med ryggplager og økende urinveisinfeksjoner. Det utviklet seg etter hvert lammelse både av urinveiene og av endetarmen. Det ble vanskeligere med fordøyelsen, og han magret av. Behov for hyppige kateteriseringer førte til at han ofte fikk urinveisinfeksjoner. Han ble grundig undersøkt og vurdert på sykehuset, og man kom til at de normale nervefunksjonene som styrer urinveiene og tarmen var skadet. Det var umulig å komme frem til en endelig diagnose, og konklusjonen ble at han sannsynligvis hadde en autoimmun sykdom (det vil si at immunsystemet som skal forsvare kroppen mot infeksjon, i stedet angriper kroppen selv) som ikke kunne behandles på noen god måte. Etter dette fikk han attføringspenger av NAV.

Utover våren ble han stadig dårligere med gjentatte urinveisinfeksjoner som han fikk antibiotikabehandling for. Han ble lagt inn på sykehuset flere ganger. Sommeren etter fant sykehuset at han hadde bakterier i blodet (enterokokker). Infeksjonen hadde rammet hjertet og ført til en betennelse i hjertet som kalles endokarditt. Han ble satt på en kur med to antibiotika og ble bra av infeksjonen. Etter hvert utviklet han imidlertid ustøhet, og ble avhengig av krykker. Det viste seg at balansenervene var ødelagt. Han har etter hvert blitt noe bedre og klarer i dag å gå uten krykker. Men balansenervene er varig ødelagt, og han kan ikke gå tilbake til sitt tidligere arbeid. Uførheten er anslått til cirka 30 %.

Han fremmet krav om erstatning, dels fordi diagnosen var stilt for sent, da det ikke var tatt prøver av blodet før etter flere uker. Det var ikke lett å ta slike prøver, fordi han stadig fikk antibiotika på grunn av urinveisinfeksjonene. Dessuten klaget han over at balansenervene var ødelagt av for store doser og for langvarig behandling med det ene antibiotikum som han hadde fått, nemlig gentamycin. En uavhengig spesialist vurderte saken og ga ham rett i at diagnosen burde vært stilt før, og at dosene av gentamycin var for store.

Refleksjon

Han fikk etter dette en betydelig erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning, men må klare seg videre i livet med sin uførhet. Vurdert i ettertid, er det klart at den ødelagte balansefunksjonen skyldes den behandlingen han fikk. Det er også klart at diagnosen av hans endokarditt kunne vært stilt tidligere, og at legene ga ham for

store doser gentamycin. Samtidig er det klart at betennelsen i hjertet var alvorlig og livstruende, og at den måtte behandles effektivt. Legene klarte å helbrede betennelsen i hjertet, men prisen ble en alvorlig skade på balansenervene som vil vare livet ut.

Pasienten hadde en alvorlig og livstruende sykdom som var vanskelig å utrede og diagnostisere. Og behandlingen ble en vanskelig balansekunst: For små doser antibiotikum kunne gi for dårlig behandling av sykdommen, mens for store doser kunne ødelegge balansenervene. En slik balansegang er ofte vanskelig, og noen ganger nesten umulig. I ettertid ble det kritikk og erstatning, og det ble slått fast at vurderingen var feil og dosen for høy.

Jeg synes denne vurderingen var så vanskelig at jeg som gammel lege må ty til to sitater:

- En amerikansk overlege kritiserte en underordnet lege, og den unge sa at han hadde gjort sitt beste. Da svarte overlegen: «Your best, unfortunately, is not good enough!»
- Det andre sitatet er fra Det nye testamentet: «Den av dere som selv er uten synd, kan kaste den første sten» (Joh. 8.7).

Misforstått alvorlig hjerteinfarkt

Varig uførhet

Det var flere tilfeller av alvorlig hjertesykdom i pasientens familie. Faren døde av hjertesykdom i 30-årsalderen, flere av farens søsken var døde i ung alder av samme sykdom, og et av pasientens egne søsken hadde antakelig hatt hjerneslag.

Han selv hadde hatt høyt blodtrykk i noen år og ble behandlet for det. De siste 14 dagene hadde han vært uvel og hatt smerter i brystet. Han våknet en natt ved 03-tiden med sterke og klemmende smerter i brystet som strålte ut i begge armer. Det var så alvorlig at konen ringte til legevakten. Legen rådet pasienten til å bli hjemme og ta smertestillende tabletter. Legevaktlegen ringte ham ved 12-tiden dagen etter og kom til at han fortsatt skulle bli hjemme. Men utover dagen ble han verre, og ringte fastlegen. Hun ba ham komme til kontoret straks. Ved 19-tiden ble det tatt EKG (elektrisk undersøkelse av hjertet) som viste akutt hjerteinfarkt. Han ble straks innlagt med luftambulansetil sykehuset, som bekreftet at han hadde et stort fremre infarkt.

Dessverre var det for sent å behandle ham med midler som kunne løse opp hindringen (trombosen) i den blodåren som hadde tettet seg. Han ble overført til en spesialavdeling, og den tette delen av blodåren ble erstattet av en kunstig stent. Det var imidlertid for sent til å redde den delen av hjertet som var ødelagt av infarkt.

Han ble utskrevet til hjemmet, men hadde så mye plager at han til slutt måtte gå over på full uføretrygd. Han fikk erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning fordi legevaktlegen ikke hadde forstått alvoret i situasjonen da konen ringte den første natten. Hadde han gjort det, og straks lagt pasienten inn i sykehus, kunne den tette blodåren antakelig blitt åpnet opp og det alvorlige hjerteinfarkt vært betydelig redusert eller helt forhindret. Dermed hadde han antakelig kunnet gå tilbake til sitt arbeid i noen år til.

Refleksjon

Det er ikke lett å være legevaktlege. Mange av de pasientene som oppsøker eller ringer legevakten har enkle og ufarlige sykdommer. Men noen er alvorlig syke, og legens vurdering blir avgjørende. Derfor må legen lytte, tenke og vurdere, og han må veie tvil. Evnen til å erkjenne og vurdere tvil er avgjørende og ofte vanskelig. Da pasienten ringte fastlegen ut på ettermiddagen cirka 15 timer senere, reagerte hun

straks. Hun ba pasienten komme til undersøkelse, gjorde EKG, fant hjerteinfarkt og la ham inn med helikopter – forbilledlig, men dessverre for sent.

Konsekvensene for pasienten ble så alvorlige at han ble ufør. Dokumentene sier ingenting om hans og familiens fortvilelse og bitterhet. Men det er ikke vanskelig å sette seg inn i hvor fortvilende det er å miste tilknytningen til arbeidslivet og det sosiale fellesskapet med kolleger. Inntekten reduseres, og konsekvensene for den generelle livskvalitet blir store. I dag ser mennesker som nærmer seg pensjonsalderen dessuten frem til å nyte en aktiv pensjonisttilværelse med både tid og økonomi til å reise og dyrke hobbyer og fritidsaktiviteter. For denne mannen blir dette trolig vanskelig på grunn av den feilvurderingen han ble utsatt for. Han fikk en betydelig erstatning, men penger helbreder ikke vonde følelser.

Jeg vet heller ikke hva legevaktlegen føler etterpå, men det er lett å tenke seg hans fortvilelse. Heldigvis er det også positive sider ved denne historien. Fastlegen gjorde alt riktig, og sykehuset gjorde det beste ut av situasjonen.

Denne historien illustrerer også moderne medisin. Da jeg var ung lege, kunne vi ikke gjøre noe med hjerteinfarktene, bortsett fra å gi pasientene smertestillende medisin. Så kom den moderne bildediagnostikken som gjorde det mulig å få et bilde av pulsårene som forsyner hjertemusklene. Vi kunne se om de var tette og hvor de var tette. Forskningen har funnet midler som kan løse opp hindringene, men bare hvis behandlingen kommer i gang innen noen få timer. Derfor blir primærlegene avgjørende: de må erkjenne infarkt og legge pasienten inn umiddelbart. Klarer de ikke det, utvikler infarkt seg, og det får ofte alvorlige konsekvenser, som hos denne pasienten.

Forløpet her viser klart utviklingen: legevaktlegen skulle forstått situasjonens alvor i telefonen og fått pasienten på sykehus. Det viser at de store fremskrittene i medisinen er en stor velsignelse, men samtidig en alvorlig forpliktelse for helsepersonellet.

Lavt stoffskifte og forsinket diagnose

Fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser

Pasienten søkte lege fordi det skjedde alvorlige forandringer med både kroppen, sinnet og det sosiale livet. Pasienten ble trett, orket ikke sitt vanlige arbeid og trening, la på seg og fikk utseendet til et eldre menneske. Blodprøver tatt på legesenteret viste typiske funn for lavt stoffskifte eller hypothyreose. Men av en eller annen grunn ble ikke dette fulgt opp, og det gikk nesten to år før pasienten søkte en ny lege. Han fant straks frem til den rette diagnosen og effektiv behandling med det hormonet som er redusert ved denne sykdommen, nemlig skjoldbruskkjertelhormonet thyroxin.

Pasienten har nå kommet seg, men søkte og fikk erstatning for den dårlige behandlingen. Riktig diagnose og behandling ble forsinket med nesten to år, og det førte til både kroppslige, psykiske og sosiale konsekvenser.

Refleksjon

Pasienten fikk lavt stoffskifte med klassiske symptomer, og blodprøvene viste typiske funn for denne sykdommen. Den er lett å diagnostisere og takknemlig å behandle. Likevel fikk pasienten ikke rett diagnose og behandling i tide, og det førte til nesten to år med symptomer, stress og en vanskelig livssituasjon. Ubegripelig!

D

Diabetes II – feilmedisinert og overmedisinert

Alvorlig nyresvikt

Pasienten var betydelig overvektig og utviklet diabetes II i 40-årsalderen. Siden strevet både han og legene med denne sykdommen. Pasienten røykte ikke, og prøvde hardt både å slanke seg og trene. Legene ga mange forskjellige medisiner samtidig, dels mot diabetesen og dels mot de risikofaktorene som ofte følger denne sykdommen. Pasienten fikk et mindre hjerneslag og brakk senere den høyre leggen. Men alt i alt gikk det ikke så verst, og han var i arbeid.

Det viktigste legemidlet mot diabetesen var Glucophage (Metformin), som senker blodsukkeret ved å minske leverens produksjon av sukker. Det har en kjent og alvorlig bivirkning, nemlig at det kan svekke nyrenes funksjon og gi en farlig nyresvikt. Derfor må nyrefunksjonen følges med regelmessige blodprøver som viser hvordan nyrene fungerer. Den alvorligste bivirkningen er at melkesyren hopper seg opp i blodet, særlig hos pasienter med svekket nyrefunksjon. Hvis det skjer, må en straks avbryte behandlingen med Glucophage. Fortsetter en med behandlingen, kan det føre til en nyresvikt som tar livet av pasienten. Dette er velkjent kunnskap, og den er summert opp i Felleskatalogen (Felleskatalogen 2010), som ligger på de fleste legers skrivebord.

I begynnelsen av året begynte blodprøvene hos denne pasienten å vise tegn til svekket nyrefunksjon, men legene fortsatte behandlingen med Glucophage. Det ble langsomt verre, og utpå høsten ble han lagt inn i sykehus for alvorlig nyresvikt. Da ble behandlingen med Glucophage stoppet, og en startet med dialyse tre ganger i uken. Dialysen rensar blodet og overtar nyrenes funksjon. Heldigvis ble han fort bedre og kunne reise hjem, men måtte fortsette med dialyse tre ganger i uken. Han fikk et mindre hjerteinfarkt, men kom seg gradvis og kunne slutte med dialysen etter cirka ni måneder. Nyrene er gradvis blitt bedre, men den varige invaliditeten er vurdert til cirka 30 %.

Pasienten klaget over behandlingen og summerte den opp slik: «Det har vært tre år med store belastninger for meg og familien». De uavhengige ekspertene vurderte det slik at blodprøvene viste at nyrefunksjonen ble gradvis verre, og behandlingen med Glucophage burde vært stoppet cirka syv måneder før. Dette hadde spart belastningen på nyrene, og dermed kunne dialysebehandlingen og muligens

også hjerteinfarkt et vært unngått. Pasienten fikk derfor erstatning og kan heldigvis antakelig klare seg ganske bra videre.

Refleksjon

Det var en klar sammenheng mellom bruken av Glucophage og den alvorlige nyresvikten som nesten tok livet av pasienten. Hvordan kunne dette skje? Det skyldtes ikke mangel på kunnskap, for sammenhengen mellom Glucophage og nyresvikt er velkjent. Det ble også tatt blodprøver som viste at nyrene gradvis fungerte dårligere, men det tok altså syv ekstra måneder før legene reagerte. Dette kan forklares med manglende påpasselighet og årvåkenhet fra legene. I ettertid er det lett å se at dette var en klar svikt, en uheldig hendelse. Den kunne og burde vært forebygget, og konklusjonen er klar: Alle pasienter skal ha en pasient*ansvarlig* lege.

Hjerteinfarkt – forsinket diagnose og behandling

Varig mén og ufør

Pasienten hadde nære slektninger med hjertesykdom, både på fars- og morsiden, og han røykte. Han var frisk og i arbeid inntil han en dag fikk smerter i brystet, så ille at han straks søkte legekantoret. Det ble mye forsinkelse på legekantoret, og det tok fire timer før han ble lagt inn på sykehuset. Her ble han straks undersøkt, og det ble påvist et fremre hjerteinfarkt. Den venstre pulsåren til hjertet (venstre koronararterie) var tett. Han fikk straks trombolysbehandling som løste opp tromben i pulsåren, og åren ble stentet, det vil si at det ble satt inn et bøyelig rør (en stent) som holdt pulsåren åpen.

Halvannet år senere var han kjekk, og han forsøkte å fortsette i arbeidet sitt. Men han klarte det ikke og måtte til slutt bli uføretrygdet. Det opplevde han selv som et sørgelig nederlag, men det var ingen vei utenom. Den medisinske invaliditeten ble satt til cirka 40 %.

Han krevde erstatning for behandlingen ved legekantoret, fordi det tok alt for lang tid før han ble undersøkt og sendt til sykehuset. Det tok cirka fire timer før han kom på sykehuset og fikk den rette behandlingen. Resultatet av denne behandlingen er vesentlig bedre hvis den blir startet innen to timer etter at symptomene begynner. Han mente at han antakelig kunne ha fortsatt i jobben sin, hvis legekantoret ikke hadde somlet og sørget for at han straks kom på sykehuset. De sakkyndige ekspertene var enige med ham, og han fikk erstatning.

Refleksjon

Ved forsinkelsen på legekantoret gikk avgjørende tid tapt, noe som forsinket den livreddende behandlingen. Dette førte til større invaliditet og uføretrygd. Årsaken var at legekantoret ikke straks fikk tak i hans alvorlige situasjon, og klarte å stille diagnosen og få ham på sykehus. Dette skyldtes at legekantoret ikke hadde gode rutiner for å prioritere pasientene, og undersøkelsen, diagnosen og overføringen til sykehuset ble derfor forsinket. Det skyldtes ikke mangel på kunnskap, for den kunnskapen som skulle til i dette tilfellet er elementær.

Konklusjonen blir at prioritering og gode rutiner er avgjørende for primærhelsetjenesten og legevaktkantorene. Jeg opplevde selv nylig et eksempel på

prioritering: Jeg har en kronisk sykdom og er avhengig av blodoverføring med jevne mellomrom. Sist jeg kom på sykehuset, sa Blodbanken at de var nesten tomme for blod og at jeg fikk vente noen dager. Jeg forsøkte å be for meg, men da sa de: «Nei, vi må ha reserver hvis det kommer et barn som er skadd i en ulykke og trenger blodoverføring». *Det er prioritering!*

Spredning av kreft – forsinket behandling

Tung belastning

Det var brystkreft i pasientens familie, og det ble også oppdaget hos henne. Det venstre brystet ble fjernet, og armhulen ble rensset for lymfeknuter (axille-toalett). Det ble funnet spredning til fem av ni lymfeknuter. Hun fikk strålebehandling, cellegift og antihormonbehandling etter vanlige regler, og hun gikk til regelmessig kontroll. Grundige oppfølgingsundersøkelser viste ikke tegn til spredning. Etter seks år ble det funnet en knute i bekkenet, men det var ikke holdepunkt for spredning.

Først to år senere ble det funnet at kreften hadde spredt seg til skjelettet. I ettertid viste det seg at blodprøvene viste tegn til spredning allerede åtte måneder før spredningen ble endelig fastslått og behandling igangsatt. Denne behandlingen kunne altså ha startet åtte måneder før. I disse månedene hadde hun både smerter i kroppen, angst og depresjon. Selv om tidligere behandling ikke hadde kunnet helbrede henne, hadde det spilt en stor rolle for henne om spredningen hadde blitt oppdaget og behandlet før. Hun klaget over denne utsettelsen, og ekspertene ga henne medhold. Hun fikk derfor erstatning for forsinkelsen og følgene av denne.

Refleksjon

Kreftpasientene lever i usikkerhet. De er behandlet for en livstruende sykdom, og de er engstelige for at den kan komme igjen på tross av behandlingen. Noen pasienter tilpasser seg denne usikkerheten og klarer å leve et godt liv, mens andre plages av stadig frykt for at de skal få tilbakefall. Legen må sørge for en kontroll som er både faglig og menneskelig trygg. Noen ganger blir frykten overveldende. I dette tilfellet var den det, og det kan være nesten umulig å sørge for en kontroll som gjør pasienten trygg. Denne utfordringen er en del av legens ansvar og arbeid. Den krever både faglig aktsomhet og påpasselighet og menneskelig omtanke og tillit. Kreftpasientene er spesielle, og de trenger spesiell omsorg, som dessverre glapp i dette tilfellet.

pererte endetarmen

Fikk varig lekkasje

Pasienten hadde en lang sykehistorie med mange plager og var operert flere ganger.

I mange år hadde hun vansker med tykktarmen og endetarmen, og det dannet seg en lekkasje (fistel) ved endetarmen som førte til at hun delvis mistet kontrollen over både luftavgang og avføring. Legene bestemte seg for å løse det ubehagelige problemet ved å fjerne fistelen kirurgisk. Operasjonen ble gjort av spesialister, men det gikk likevel galt. Lukkemuskelen for endetarmen ble delvis skadet, slik at hun ikke fikk kontroll over avføring og luftavgang fra endetarmen. Det var ikke mulig å rette opp denne skaden, og hun må derfor leve med den. Denne tilstanden krever omhyggelig stell og bruk av bleier. Å leve med en skade som denne, er krevende. Ofte blir resultatet sosial isolasjon og store begrensninger i livsutfoldelse. Aktiviteter og gjøremål som andre tar for gitt, som å gå i butikken, å ta seg en tur i svømmehallen, å reise med offentlig transport og så videre – alt dette er noe denne kvinnen kanskje ikke lenger kan gjøre.

Refleksjon

Kvinnen søkte erstatning og nådde frem med sitt krav. Norsk pasientskadeerstatning vurderte det slik at skaden på lukkemuskelen skyldtes en svikt ved behandlingen, selv om ingen nødvendigvis kunne klandres for dette. Når jeg leser dokumentene i denne saken, får jeg et klart inntrykk av dyktige og erfarne kirurger. De kunne faget sitt og visste at lukkemuskelen for endetarmen er sårbar. Til tross for dette ble ikke operasjonen utført på en fullgod måte, og pasienten må leve med et varig endetarmsproblem. Dokumentene i saken sier ikke noe om hennes reaksjoner, men det skal ikke mye fantasi til for å tenke seg at det hele oppleves som svært vanskelig for henne. Vi vet heller ikke hva kirurgen føler, men det er ikke vanskelig å tenke seg det heller: Ingen kirurg vil føle seg tilfreds med et resultat der pasienten ble påført en skade som kunne vært unngått.

Denne historien viser at avansert medisin og kirurgi krever gode vurderinger og perfekt teknikk.

Mislykket operasjon for skulderskade

Varige plager

Pasienten veltet og skadet venstre skulder i en motorsykkelulykke. Han håpet at skaden skulle ordne seg av seg selv, men opplevde at plagene ble verre. Noen måneder senere oppsøkte han lege, og det ble gjort en artroskopi (kikkhullundersøkelse) av leddet som viste en varig skade på brusken. Skaden ble forsøkt reparert, og brusken ble festet med et «anker». På tross av denne behandlingen ble han ikke bedre. Han ble derfor henvist til et annet sykehus for en fornyet vurdering. Det ble gjort en ny artroskopi, og man fant at ankeret raget opp over leddflaten. Det bidro til både smerter og nedsatt funksjon. Det lyktes ikke å løse problemene ved nye artroskopier, og nesten tre år etter skaden måtte det settes inn et nytt skulderledd. Dette løste smerteproblemene, men årene med smerter og nedsatt funksjon hadde satt dype spor, og han fikk alvorlige psykiske plager som var vanskelige å håndtere.

Pasienten fikk erstatning fordi det ikke var tvil om at det ble gjort en teknisk feil ved den første artroskopioperasjonen. Den førte til at «ankeret» stakk frem over brusken, noe som medførte smerter og problemer med å bevege skulderen.

Refleksjon

Jeg har tatt med denne historien fordi den illustrerer to konsekvenser av en skade. Den første konsekvensen har sin rot i at det ble gjort en teknisk og en menneskelig feil under den første operasjonen. Den utløste en kjede av konsekvenser som til slutt førte til at det måtte settes inn et nytt kunstig skulderledd. I tillegg til den menneskelige svikt, avdekker denne saken også en systemsvikt: Det er sykehusenes ansvar å forsikre seg om at helsepersonellet har den fornødne kompetanse til å utføre inngrep og følge opp rutiner. Skader som denne skulle åpenbart vært unngått.

Den andre konsekvensen er at vi mennesker ikke er biomedisinske maskiner som bare skal repareres, men individer med personlighet og følelser. Vi er også forskjellige. Noen tåler meget og har mye å gå på. Andre har små reserver, og skader og problemer kan utløse vonde sirkler som driver situasjonen fra vondt til verre.

Uheldige hendelser – psykiatri

Ofte alvorlige konsekvenser

Psykiatrien har alltid vært en spesiell del av helsetjenesten. På én måte har den hørt til medisinen, for i mange tilfelle var det både klar kroppslig sykdom og psykisk sykdom, som legene ikke forsto – alt fra alvorlig depresjon, fortvilelse og selvmord til en «galskap» med vrangforestillinger og hallusinasjoner. Men de psykiske sykdommene kunne også ramme mennesker som kroppslig sett var helt friske.

Psykiatrien ble tidlig skilt ut som en egen spesialitet i medisinen. Den fikk egne sykehus, som ble kalt «asyler», det vil si et fristed for forfulgte. Etter hvert ble psykiatrien «normalisert» som en del av medisinen, og de psykiatriske sykehusene ble deler av de vanlige sykehusene. Men likevel har psykiatrien beholdt sitt særpreg innenfor «det medisinske hus».

Psykiaterne må i enda sterkere grad enn de andre spesialistene ha to tanker i hodet. Den ene tanken er den tradisjonelle medisinske tankegangen, og spørsmålet er: Hva har pasienten av legemlige sykdomssymptomer som jeg kan forstå ut fra vanlig medisinsk tankegang, for eksempel hodepine eller feber? Den andre tanken er: Hva har pasienten av psykiske symptomer som jeg ikke kan forklare ut fra vanlig medisinsk tankegang, men som har en plass innenfor psykiatrisk tankegang. Psykiatrien har bygget opp sitt eget kodeverk med en plass for alle de spesielle psykiske lidelsene. Dette kodeverket er logisk og systematiserer psykiatrisk tankegang. Problemet er at det ikke bygger på objektive og målbare symptomer og fakta som for eksempel blodprøver, men på symptomer som for eksempel vrangforestillinger. I noen tilfelle er disse symptomene overbevisende og klare avvik fra det normale, men i andre tilfelle er de både usikre og uklare, for eksempel ved «sosial angst».

Dette gjør at psykiatrien blir mer usikker enn resten av medisinen, og den blir mindre objektiv og mer avhengig av legenes og psykologenes subjektive vurderinger. Dermed blir det større rom for usikkerhet og for feil. Samtidig kan konsekvensene bli store. De historiene jeg har tatt med illustrerer kanskje de alvorligste feilene i psykiatrien. Én handler om selvmord og

selvmordsforsøk, med andre ord dødelige konsekvenser av feilvurderinger. De andre går på feil vurdering av diagnose og behandling, som får langvarige konsekvenser for behandling og pleie. Det felles trekket er alvorlige og langvarige følger av feil. Psykiatrien stiller ufravikelige krav til medfølelse, omtanke og empati.

Pasientrettighetsloven knesetter pasientmedvirkning som et grunnleggende prinsipp i all helsetjeneste. I psykiatrien er det å finne gode måter for pasientmedvirkning en særlig utfordring, samtidig som erfaring viser at vellykket brukermedvirkning kan gi store gevinster, for både pasientens helse og livsmestring.

Sikkerheten som glapp

Alvorlig selvmordsforsøk

Det var en del psykiske lidelser i pasientens familie, og hun selv hadde hatt psykiske problemer siden ungdommen. De ble oppfattet som en bipolar psykisk sykdom, det vil si at pasienten veksler mellom depresjon og oppstemthet. I de depressive periodene følte hun at både hun selv og tilværelsen var håpløs og meningsløs. I slike perioder hadde hun skadet seg selv mange ganger og gitt uttrykk for at hun helst ville dø.

I en av periodene preget av depresjon hoppet hun fra taket og skadet seg i foten. Hun ble lagt inn i et psykiatrisk sykehus. Faren for selvmord ble understreket, og hun fikk forbud mot å gå ut alene. Ved en misforståelse ble hun likevel sluppet ut alene en kveld for å ta en røyk. Hun hoppet da ut fra en trapp på fem meter og fikk et alvorlig brudd i ryggen. Heldigvis var det ikke nødvendig å operere, og ryggen er etter hvert blitt ganske bra. De psykiske problemene har hun imidlertid fortsatt, og hun får stadig behandling for dem.

Hun søkte om erstatning fordi sykehuset ikke hadde fulgt sine rutiner og passet på henne som det skulle. Hun skulle ikke vært sluppet ut alene, slik at hun kunne gjøre nye selvmordsforsøk. Hun fikk medhold i at det forelå en svikt fra sykehusets side, og hun fikk erstatning.

Refleksjon

Denne tragiske hendelsen var etter mitt skjønn både en systemfeil og en individuell feil:

- Systemfeilen var at avdelingens forskrifter om at hun ikke måtte slippes ut alene, ikke ble fulgt. Sykehuset må derfor sørge for at forskriftene er kjent, forstått og godtatt som absolutte regler.
- Den individuelle feilen var at vakthavende ikke forsto risikoen og ikke kjente og godtok forskriftene fullt ut.

Selvmordsforsøk og gjennomført selvmord er de alvorligste hendelsene i psykiatrien, og de er dessverre også fremdeles hyppige.

Alvorlig psykisk lidelse – feilbehandling

Fortvilet livssituasjon

Pasienten hadde hatt en vond og vanskelig barndom og fikk en alvorlig sinnslidelse, allerede før tenårene. Det var maniske perioder med både engler og djevlere. Etter hvert ble diagnosen manisk-depressiv sykdom (bipolar lidelse), og hun fikk legemiddelet litium fra midten av tenårene. Det fungerte forholdsvis bra, men av og til var det nødvendig med opphold i et psykiatrisk sykehus. Etter noen år flyttet familien, og pasienten måtte skifte til et annet psykiatrisk sykehus. I løpet av et halvt år ble det fem innleggelser. De nye psykiaterne kom til at det ikke var bipolar sykdom, men en personlighetsforstyrrelse. Litium ble gradvis seponert, og erstattet med to nye medikamenter: Orfiril som brukes mot epilepsi og manisk sinnssykdom, og Rivotril som brukes mot epilepsi. De nye legemidlene ga mange bivirkninger. Etter en tid ble denne medikamentbehandlingen stoppet, og hun gikk tilbake til litium. Da ble det etter hvert bedre, men det var uenighet blant legene. Noen holdt på den gamle diagnosen bipolar lidelse og ville fortsette med litium, mens andre mente det var en personlighetsforstyrrelse som trengte nye legemidler.

Alt dette skapte store problemer for pasienten, og i tillegg kom en nesten fortvilet livssituasjon med store økonomiske problemer. Pasienten mistet tilliten til det nye psykiatriske sykehuset og legene der, og i mappen til Norsk pasientskadeerstatning finnes bitre brev:

Bitte dom over psykiatrien

«Jeg ble kastet inn og ut av sykehuset og sendt hjem uten penger til hjemreisen. Det brydde de seg ikke noe om, til tross for at jeg var alvorlig psykisk syk. Det er en forferdelig behandling i psykiatrien. De verken tenker på eller spør om hvordan forholdene er hjemme. Vi har det vanskelig: funksjonshemmede barn, mann med mye smerter og jeg alvorlig syk. Jeg ble dopet ned, falt og brakk skulderen. Jeg var så manisk at jeg vasket huset minst hver eneste dag i tre uker. Nei, dette galehuset orker jeg ikke å være på.»

Pasienten krevde erstatning for behandlingen, særlig over at diagnosen ble endret, at Litium ble stoppet etter mange års forholdsvis bra virkning og at de nye medikamentene hadde mange bivirkninger. Hun fikk medhold og erstatning.

Refleksjon

Psykiatrien er den vanskeligste delen av medisinen. Den somatiske medisinen har som regel objektive kriterier som grunnlag for diagnose og behandling. Ved lungebetennelse, for eksempel, er det objektive funn ved undersøkelse av blod, spytt og lunger, og det er som regel enighet om behandlingen. Psykiatrien derimot, mangler som regel objektive funn som grunnlag for diagnose og behandling, og legene må derfor bygge på erfaring og skjønn. Det fins tykke lærebøker, retningslinjer, manualer og grundige beskrivelser av de enkelte sykdommer, diagnose og behandling. Likevel blir vurderingene ofte skjønnsmessige, som denne pasientens historie illustrerer. Behandlingen bygger på legemidler, og det fins etter hvert mange legemidler med forskjellige virkninger og ofte alvorlige bivirkninger.

Alt dette betyr at både diagnose og behandling krever grundig erfaring og godt skjønn. En må være var for bivirkninger, og åpen for motforestillinger. Den menneskelige faktoren er spesielt viktig i psykiatrien. Pasienter og pårørende kan oppleves som vanskelige, og det er krevende å bygge opp tillit mellom pasienten, de pårørende og personellet. Det kan kreve både tid og tålmodighet, og det skal lite til før det skjærer seg. På toppen av alt dette kommer ofte en vanskelig livssituasjon, og det ser ut som om noen pasienter og deres familier har ekstrem uflaks i livet.

Alt dette må psykiaterne forholde seg til, og erfaring, skjønn og empati blir avgjørende. Denne pasientens historie over et halvt hundre år viser hvor vanskelig det kan være, og hvor avgjørende behandlingen er. Den danske professoren i filosofi, Knud Eilert Løgstrup (1905–1981), har skrevet en bok om «Den etiske fordring» (Løgstrup 1999) som tar utgangspunkt i ansvaret for våre medmennesker: «Vi holder alle nestens skjebne i vår hånd.» Pasientene er alle «våre neste».

Feilmedisinert og overmedisinert i psykiatrien

Uføretrygd og bitterhet

Mappen for denne pasienten hos Norsk pasientskadeerstatning er nesten fem centimeter tykk og inneholder et kaos av konsultasjonsrapporter, undersøkelser, epikriser (utskrivningsbrev) og vurderinger gjennom mange år. Jeg sitter igjen med et inntrykk av fortvilelse og håpløshet og tenker at helsetjenesten må forholde seg til alt fra et enkelt benbrudd til en umulig livssituasjon. Denne pasientens historie illustrerer det siste, og viser en nesten sammenhengende kjede av feilvurderinger og uheldige tiltak. Nettopp derfor er den viktig, for den har noe å lære oss.

Pasienten hadde hatt en tung og vanskelig oppvekst, og måtte tidlig ta ansvar for yngre søsken. I tillegg kom overgrep og misbruk. Hun giftet seg tidlig, men hadde et uvanlig krevende familieliv.

Gjennom årene utviklet det seg mange og vanskelige symptomer. De ble stort sett oppfattet som somatiske av legene:

- Hun følte seg alltid tørst og drakk etter hvert 5–7 liter væske hver dag.
- Hun følte at urinblæren ikke tømte seg, men kjente ikke trang til å tisse. Undersøkelsene viste en resturin på tre kvart liter.
- Hun hadde smerter i hele kroppen.
- Hun hadde kroniske luftveisplager, hadde alltid røkt og fikk diagnosen kronisk obstruktiv lungesykdom (kols).
- Hun hadde dårlig matlyst og et vekttap på cirka 10 kg, og så derfor tynn og dårlig ut.
- Hun var – naturlig nok – deprimert, men legene mente at plagene stort sett var somatiske og trodde på en kombinasjon av nevrologiske og urologiske årsaker.

Hun gikk ofte til lege, ble grundig undersøkt av spesialister og fikk etter hvert mange legemidler. De viktigste var:

- Minirin (desmopressin) som hemmer utskillingen av urin og egentlig brukes ved den sjeldne sykdommen diabetes insipidus som skyldes en hormonsvikt.
- Carduran som er en selektiv alfa-1-blokker som reduserer karmotstanden og brukes ved høyt blodtrykk, fordi det slapper glatt muskulatur, det vil si de ikke-viljestyrtede musklene i blodkar og indre organer.

- Baklofen som hemmer aktiviteten i ryggmargen og brukes mot spastisitet, som er en tilstand med unormalt høy spenning i muskulaturen som fører til at man ikke kan utføre jevne, fine og nøyaktige bevegelser.
- Afipram som virker mot kvalme.

I tillegg brukte pasienten smertestillende, beroligende, søvnmedisiner og andre legemidler. Alt dette summerte seg opp til mange bivirkninger, sidevirkninger og «motvirkninger», det vil si at legemidlene påvirket og motvirket hverandre.

Etter omkring fem år med et utall av spesialistundersøkelser og utredninger kunne tilstanden oppsummeres slik: Smertehistorie gjennom fem år, sterk angst, ingen matlyst og avmagring, alt for stort væskeinntak, sliten, fortvilet, deprimert, full av sykdomsplager og en fortvilet livssituasjon, men ikke selvmordstruet. Om-sider begynte legene å tenke i andre baner, legemidlene ble seponert, og rehabilitering påbegynt. Livsstilen ble bedre, og pasienten klarte å begynne å trene og ble gradvis bedre, men det er ennå langt igjen.

Etter alle disse årene med helsetjenesten føler pasienten bitterhet og fortvilelse. I mappen er det et brev til Norsk pasientskadeerstatning hvor det blant annet står:

Mistet all tillit

«Jeg har med min erfaring av helsevesenet mistet all tillit, mistet evnen til å kommunisere med dem, og resignasjonen er truende på grunn av helseproblemene, ødelagt økonomi og manglende prognose».

Pasienten søkte om erstatning for alle årene med feilmedisinering og overdosering av legemidler og fikk det. De siste årene har hun også vært uføretrygdet, og livet må nå gå sin gang videre.

Refleksjon

Denne lange sykehistorien illustrerer at det er to måter å tenke på som helsepersonell. Den ene er spesialistenes tenkemåte. Da leter en etter kroppslige årsaker, gjør medisinske og tekniske undersøkelser, forsøker å finne forklaringer og forsøker å finne gode legemidler og behandlinger. Den andre tenkemåten er å lete etter helhet og spørre: Hva er kjernen i plagene og den fortvilte livssituasjon? Da dukker alternativet «somatisering» opp, det vil si at det vanskelige livet og den kroniske fortvilelsen utløser kroppslige symptomer som smerter, vannlatingsplager og så videre. Da nytter det ikke å lete etter medisinske delforklaringer, men legene må forsøke å se helheten. Det ble til slutt gjort med denne pasienten. Hun fikk

erstatning for feilmedisinering og overmedisinering og er langsomt på vei mot et bedre liv med rehabilitering, trening og menneskelig støttebehandling.

Jeg har grublet over denne pasienthistorien og arbeidet meg gjennom over hundre dokumenter i mappen. Jeg tar med denne historien fordi jeg føler at den er grunnleggende og viktig.

God medisin og helsetjeneste må bygge på to grunntanker: Den ene grunntanken er den faglige, biomedisinske tankegangen. Den krever detaljert kunnskap om menneskekroppen og alle de mekanismene som driver den. Denne tankegangen er forutsetningen for spesialisthelsetjenesten, og spesialistene gjør alle sine undersøkelser og leter etter årsaker til sykdom og behandling for dem. Det er mange eksempler på nesten ufattelige resultater av denne tankegangen: tenk på poliomyelitten som er utryddet, tenk på operasjoner for hjertesykdommer, tenk på transplantasjonene, og tenk på hormonsykdommene.

Den andre grunntanken er den menneskelige. Menneskekroppen med alle dens detaljer utgjør også en helhet som styres av tanker, følelser, livssituasjon, det sosiale nettverket og til og med en sjel. Det hender at alt dette blir viktigere i medisinen og i helsetjenesten enn alle kroppens detaljer. Da havner pasienten i psykiatrien og i «somatiseringens» gåter.

Den gode lege og sykepleier må ha begge disse tankene i hodet samtidig. Klarer en ikke det, blir en blind og kjører seg fast, som denne pasientens historie viser. Det betyr at ettertanke er viktig, ikke for å kritisere og hovere, men for å lære og huske «de to tankegenes budskap». Derfor denne historien.

Usikker diagnose og behandling i psykiatrien

Tungt og vanskelig liv

Pasienten begynte å arbeide som maler. Til å begynne med gikk det bra, og han fikk etter hvert en liten familie. Han hadde hele tiden hatt god helse, og var ivrig med idrett i fritiden. Bortsett fra at han måtte få operert meniskene i begge kneleddene, hadde han ingen helseproblemer og levde et aktivt liv.

Da han var i midten av tjuårene begynte han å merke forandringer med helsen. Han ble sliten, fikk skjelvinger og klarte ikke å konsentrere seg. Etter hvert klarte han å jobbe bare første delen av dagen. Tilstanden ble gradvis verre, og han orket mindre og mindre. Det var uklare psykiske symptomer med både depresjon og overaktive perioder. Det fulgte fem år hvor han ikke klarte å arbeide og hadde store psykiske plager. Han gikk til leger og ble henvist til undersøkelser både hos leger og psykologer. Det ble gjort omfattende og detaljerte undersøkelser hos flere og ulike spesialister: spørre- og vurderingsskjemaer ble fylt ut, blodprøver, røntgenundersøkelser og en serie tekniske undersøkelser ble utført. Etter hvert var mange spesialister involvert, men de var uenige om hva som feilte ham. Det var to teorier:

- Den ene teorien var at han hadde en løsemiddelskade i hjernen. Det kunne passe med hans arbeide som maler. De mange undersøkelsene viste tegn som kunne passe med dette, men de var ikke avgjørende, og han hadde jo ikke vært maler så lenge. Ekspertene var derfor uenige.
- Den andre teorien var at han hadde alvorlig psykisk sykdom i gruppen av manisk-depressive sykdommer (bipolare sykdommer).

Det var uenighet mellom de ulike spesialistene, og mappen hans inneholder omfattende undersøkelser og vurderinger. En av spesialistene fikk alvorlig kritikk fra Helsetilsynet for sine undersøkelser og vurderinger. I disse årene fikk han mange forskjellige legemidler, blant annet mot epilepsi, og såkalte SSRI-legemidler, som virker mot depresjon ved å påvirke serotonin-systemet i hjernen. Medisinene hadde bivirkninger, og de ble en belastning for ham.

Alt dette gikk sin gang gjennom fem år, og de var preget av total uførhet, plagsomme psykiske symptomer, usikkerhet og uenighet blant de mange behandlere, og av bivirkninger fra legemidlene. Han var naturlig nok fortvilet over sin egen

situasjon og følte at han møtte veggen. Han følte seg svimmel, kvalm og orket ingen ting. Samtidig var det selvfølgelig en stor belastning at det var uenighet både om diagnosen og behandlingen.

Etter omkring åtte-ni år brøt han ut av alt dette og begynte å arbeide i et omsorgsyrke. Gradvis er han blitt bedre, har sluttet med behandlingen og klarer seg nå i full jobb.

Alle disse viktige årene i livet hans ble preget av psykiske plager, behandling og uførhet. Hele tiden var det uenighet om diagnosen til tross for omfattende undersøkelser og forsøk med mange legemidler. Den tykke mappen hans er full av redegjørelser for undersøkelser, spesialistvurderinger og ulike syn på både diagnose og behandling. Til slutt søkte han om erstatning for «alle sine tapte år». Han fikk medhold og en betydelig erstatning. Mappen forteller ingenting om hvordan det har gått med ham på lengre sikt, men heldigvis så det optimistisk ut.

Denne saken dreier seg altså om en ung mann som fikk alvorlige psykiske plager og ikke klarte å arbeide lenger. Det gikk nesten ti år med omfattende undersøkelser og vurderinger, forskjellige diagnoser og forskjellig behandling. Jeg har gått grundig gjennom hele mappen to ganger og er blitt sittende igjen med en følelse av at helsetjenesten ikke maktet denne oppgaven. Det var en grunnleggende uenighet om diagnosen, og noen av spesialistene trodde på løsemiddelskader, selv om han bare hadde arbeidet få år og de objektive undersøkelsene var usikre. Andre spesialister trodde på en bipolar psykiatrisk sykdom og behandlet ham for det. Så vidt jeg kan se, er det umulig å finne en sikker konklusjon. Heldigvis kom han allikevel på bedringens vei.

Refleksjon

Denne mappen er forstemmende lesning. Det gikk omkring ti år med plagsomme og invalidiserende symptomer, omfattende, men likevel usikre undersøkelser, usikre diagnoser og skiftende behandling. Høyt utdannet helsepersonell var grunnleggende uenige, men det ser ikke ut til at de klarte å håndtere denne uenigheten. Mappen inneholder store og kompliserte utredninger, men det fins ikke noe forsøk på å samle ekspertene og drøfte uenigheten, så å si ansikt til ansikt. Dermed blir spørsmålet: hvordan skal helsetjenesten håndtere uenighet?

I forskningen er tvil en grunnleggende positiv ting, fordi den reiser spørsmål for den videre forskningen. Men for denne pasienten har tvilen vært ødeleggende og lam-mende. År gikk tapt med utredninger og usikker behandling, og det ligger nær å spørre seg: Hadde det ikke vært mulig å lage en god praktisk plan på tross av tvil og uenighet? En slik plan måtte unngått ytterlighetene og samlet seg om praktiske tiltak som kunne gjort livet bedre for pasienten. Her ligger lærdommen fra denne pasienthistorien.

Feil diagnose og langvarig psykiatrisk behandling

Store bivirkninger og alt for lang sykmelding

Pasienten hadde alltid vært aktiv og dyktig, og hadde bak seg et utenlandsopphold i ung alder. Her hadde hun en periode med depresjon, men kom seg helt. Hun giftet seg og var i fullt arbeid.

Men så fulgte flere perioder med depresjon, angst, søvnevansker og selvmordsforsøk. Hun tvilte på seg selv og fremtiden og ble flere ganger innlagt i psykiatrisk sykehus. Behandlingen var for depresjon, inklusive elektroshokkbehandling (ECT).

Hun ble sykmeldt, og det så mørkt ut. Hun hadde en venn som var psykiater, og som overtok behandlingen. Hun ble lagt inn i et psykiatrisk sykehus. Diagnosen ble forandret fra depresjon til schizofreni til tross for at hun manglet kjernesymptomene ved denne lidelsen, nemlig vrangforestillinger og falske sanseinntrykk (hallusinasjoner). De antidepressive legemidlene ble gradvis stoppet, og pasienten fikk et legemiddel som brukes ved vanskelig, såkalt behandlingsresistent schizofreni (Leponex). Dosene ble etter hvert høye, og hun var innlagt ett år. Det utviklet seg alvorlige bivirkninger med vektøkning, alvorlig depresjon, tretthet, urininkontinens, og hun mistet troen på seg selv.

Etter hvert fikk hun en ny lege, og behandlingen ble lagt om til legemidler mot depresjon. Hun kom seg litt etter litt, men var sykmeldt i tre år. Etter hvert kunne hun begynne å arbeide igjen og ta videreutdanning.

Hun var sykmeldt og under behandling i fem år, og sendte inn et erstatningskrav med flere punkter:

- Det var en alvorlig feil at en nær venn overtok det medisinske ansvaret.
- Diagnosen schizofreni var feil; den rette diagnosen var alvorlig depresjon.
- Det var galt å gi henne en spesiell medisin mot schizofreni, særlig fordi den hadde alvorlige bivirkninger.
- Hun fikk høye doser av denne medisinen, noe som gjorde bivirkningene verre.

Hun mente at hvis ikke alt dette hadde skjedd, kunne det blitt friskmelding og arbeid etter et par år. Dermed kunne års sykmelding og alvorlige bivirkninger vært spart. Det er også en belastning for henne å bære på denne erfaringen i livshistorien, fordi minnet om den gjør at frykten for å oppleve noe slikt igjen lett utløses i perioder med lettere depresjoner.

Pasienten fikk medhold og erstatning.

Refleksjon

Denne pasienten fikk diagnosen schizofreni til tross for at de to avgjørende trekene manglet, nemlig vrangforestillinger og hallusinasjoner. Hun var innlagt i en psykiatrisk institusjon i nesten ett år og ble behandlet med store doser av legemidlet Klozapin (Leponex). Dette legemiddelet kan gi alvorlige bivirkninger, som hun fikk. Hun mente at diagnosen schizofreni var feil og at den skulle vært alvorlig depresjon, som krever en annen behandling. Tiden og Norsk pasientskadeerstatning har gitt henne rett i det.

Pasienten klaget også over at behandlingen ble overtatt og ledet av en psykiater som var en nær venn. Dette illustrerer et eldgammelt problem i medisinen. Mange leger behandler sine nære slektninger og venner, og begge parter ønsker det. Jeg har selv hatt hele min familie som pasienter. Erfaringen er at det stort sett går bra, men det kan reise alvorlige problemer i tilfeller som krever skjønnsmessige vurderinger. Et nært forhold kan føre til at en mister sitt objektive skjønn. I slike tilfelle bør legen enten overlate pasienten til en utenforstående lege eller tilkalle en annen lege for å få en fornyet vurdering. Det ble ikke gjort i dette tilfellet, og det illustrerer at dette dilemmaet kanskje er særlig viktig i psykiatrien. Legen kan selvfølgelig forsvare seg med at pasienten ønsket nettopp denne legen på grunn av det nære forholdet, men det holder ikke, for den syke mangler jo erfaring, skjønn og objektivitet. Derfor blir det legens ansvar, og det må legen hele tiden tenke over.

Behandlet for depresjon

Fikk hjerneskade

Pasienten hadde vært fysisk frisk, bortsett fra en del astmaplager. Han hadde fast jobb, var gift og hadde barn.

Fra voksen alder hadde han vært plaget av depresjon i perioder, og det var mulig at han hadde en bipolar lidelse, selv om det var depresjoner som plaget ham mest. Han oppsøkte lege, ble behandlet med forskjellige legemidler og fikk også behandling med elektrosjokk (ECT). ECT-behandlingen hjalp best, selv om effekten bare varte i noen uker. I en periode var det problemer med å få denne behandlingen, og han fikk forskjellige legemidler i stedet. Det var vanskelig å få en god og varig effekt, og til slutt fikk han legemidlet Edronax, en såkalt re-opptakshemmer av adrenalin i hjernen. For å få full effekt, ble dosen økt til over det vanlige. Den anbefalte dosen var 4 mg to ganger daglig, maksimal dagsdose var 12 mg. Legene økte likevel dosen til 10 mg to ganger daglig, og effekten på depresjonen var da ikke så verst. Han gikk på denne dosen i nesten ett år.

I denne perioden fikk han en episode hvor han følte seg uklar, husket dårlig og hadde vanskelig for å uttrykke seg muntlig. Et MR-bilde av hjernen viste en litt større skade (infarkt) i den venstre tinninglappen. Denne delen av hjernen har med språk, tanker og hukommelse å gjøre, og det var derfor god overensstemmelse mellom symptomene og MR-funnet. I tillegg viste MR en del små infarkter i lillehjernen som kunne forklare en viss ustøhet. Disse plagene ble langvarige og ødela arbeidsevnen, slik at han måtte slutte i sin faste jobb og ta enklere, mer kortvarige og usikre jobber som ga betydelig lavere inntekt.

Refleksjon

Spesialistene vurderte tilstanden slik at den skyldtes en skade i hjernen som var forårsaket av den langvarige og høye dosen av Edronax mot depresjon. Siden dosen var klart over den anbefalte maksimaldosen – faktisk nesten dobbelt så høy – fikk han erstatning. Det var selvfølgelig en slags hjelp i dette. Dels ble tilstanden forklart og anerkjent, og dels fikk han penger. Men penger kan ikke erstatte et ødelagt liv. Feilbehandlingen gjorde at mannen ikke kunne fungere i jobben lenger. Han fikk problemer med å snakke – med de store sosiale konsekvenser det medfører, og med evnen til å resonere og å fullføre en tanke.

Historien illustrerer legens ansvar ved behandling med legemidler. Legen må alltid tenke på bivirkninger og bør betenke seg på å øke dosen over anbefalte grenser, slik som i dette tilfellet – med de alvorlige konsekvenser dette fikk. Se også rammen om uheldige hendelser og legemidler.

Uheldige hendelser – nevrologi

Diagnostikk og relasjoner

Nevrologien arbeider med sykdommer og skader i hjernen, ryggmargen og de perifere nervene. Sykdommene kan være både akutte – for eksempel hjerneslag, og kroniske – for eksempel multipel sklerose (MS).

Nevrologene må ha omfattende kunnskaper om nervesystemets anatomi og funksjon og om nervesykdommene. De må både kunne tenke kjapt – for eksempel ved hjerneslag, hvor de har bare noen få timer på seg, og langsiktig – for eksempel ved utviklingsforstyrrelser og kroniske sykdommer. Det er spesielt viktig at de har evnen til å utvikle menneskelige relasjoner til pasienter og pårørende, for sykdommene og skadene er ofte tunge å bære – for eksempel ved ryggmargskader med lammelser eller ved MS som varer livet ut. Den gode nevrologen må kunne faget, som ofte er utrolig detaljert, og må ha evne til å bygge menneskelige relasjoner.

De uheldige hendelsene i nevrologien er ofte knyttet til diagnostikken, for det er fort gjort å overse viktige detaljer. I den langsiktige, kroniske behandlingen spiller de menneskelige relasjonene stor rolle, og uheldige hendelser kan skyldes at legene ikke engasjerer seg tilstrekkelig med omtanke og langsiktige relasjoner.

M

MR-undersøkelse av skuldrene

Uventet konsekvens for hjernen

I flere år hadde pasienten hatt hodepine, og det ble funnet at hun hadde «vannhode» (hydrocephalus) med økt trykk i hjernens væskesystem. Årsaken til dette ble ikke funnet. Det ble lagt inn en tynn plastslange fra hjernens hulrom til bukhulen (shunt). Trykket i shunten ble regulert av en ventil. Hun ble bedre i en lang periode, men noen år senere ble hun uføretrygdet.

Med tiden utviklet hun leddplager, særlig i skuldrene, og etter noen år ble hun henvist til MR-undersøkelse av skuldrene på grunn av smerter og nedsatt bevegelighet. MR-undersøkelsen viste seg å påvirke den magnetiske ventilen som regulerte trykket i shunten fra hjernen til bukhulen. Dette førte til at shunten drenerte mer væske fra hjernen enn den skulle, og hun fikk kognitive problemer, hodepine og tretthet. Først etter cirka 16 måneder ble disse drenerings- og trykkforandringene oppdaget, forstått og korrigert. Etter dette fikk hun det omtrent som før.

Hun søkte om pasientskadeerstatning, og etter grundige og uavhengige spesialistvurderinger fikk hun erstatning for de ekstra plagene MR-undersøkelsen hadde ført til i 16 måneder før trykkforandringene ble rettet opp. Spesialistene vurderte det slik at røntgenlegene burde tatt hensyn til at MR-undersøkelsen kunne påvirke trykket i den ventilen som regulerte trykket i shunten, fordi ventilen var magnetstyrt. De fikk derfor kritikk, og denne uheldige hendelsen skyldtes altså en menneskelig svikt.

Refleksjon

Deler av medisinen er komplisert teknologi, og spesialistene må beherske denne teknologien og ha den nødvendige omtanken. Teknologien gir legene nye våpen mot sykdommene, men den må styres med kunnskap og erfaring.

Behandlet for allergi

Fikk hjerneinfarkt

Pasienten hadde flere uklare plager: en vond rygg med en liten skiveprolaps, mageplager som etter grundige undersøkelser ble oppfattet som funksjonelle, allergiske hudsymptomer som var vanskelige å klassifisere, og migrene.

En dag fikk hun plutselig symptomer på en akutt allergisk reaksjon med hudkløe, elveblest og pustebesvær. Hun kom seg til lege, og han oppfattet tilstanden som en alvorlig allergisk reaksjon. Legen forsøkte først å gi henne en kortison-sprøyte, tabletter og oksygen, men hun ble bare verre. Han ga henne da adrenalin 1 mg inn i en blodåre. Hun fikk umiddelbart kraftig hodepine i bakhodet, svimmelhet og nummenhet i høyre side. Hun ble sendt hjem etter noen timer, men hun begynte å kaste opp og snakket usammenhengende. Hun ble derfor sendt til sykehus. CT av hodet viste en blødning baktil i venstre side av hjernen. Hun kom seg gradvis, av både hodepinen og svakheten i høyre side. Et nytt anfall av hodesmerter en måned senere viste seg å være migrene. Hun hadde ikke nye anfall, men følte en liten svekkelse av høyre side, og vansker med å oppfatte det hun leste.

Grundige undersøkelser av nevrolog og nevropsykolog viste lette tegn på en varig hjerneskade, og den varige invaliditeten ble satt til 25 %. Konklusjonen ble at hjerneskaden skyldtes at den første legen hadde satt 1 mg adrenalin direkte inn i en blodåre (intravenøst) og ikke inn i en muskel (intramuskulært). Dermed skyldtes tilstanden svikt ved behandlingen, og hun fikk erstatning. Senere fikk hun også uføretrygd.

Refleksjon

Jeg vet ikke om injeksjonen inn i en blodåre var bevisst og tilsiktet i den akutte situasjonen, eller om den skyldtes et uhell. Men det er liten tvil om at injeksjonen utløste hjerneblødningen.

Adrenalin brukes mot alvorlige allergiske reaksjoner, som astma. Vanligvis settes sprøyten langsomt inn i hud eller muskulatur. I alvorlige tilfeller kan den settes inn i en blodåre (katastrofeadrenalin). Dosen må være liten (0,2–1,0 mg). Skal den settes inn i en blodåre, må en være forsiktig med både dose og injeksjonshastighet, det vil si små doser og langsom injeksjon. Bivirkningene kan være alvorlige, og hjerneblødning er den alvorligste (Felleskatalogen 2010).

Avsluttet behandling for hjernebetennelse

Varig døv

Pasienten var en frisk jente på seks måneder. Sykehistorien startet med at hun fikk feber og kramper og ble lagt inn på sykehuset, fordi legen fryktet at hun hadde en hjerneinfeksjon på grunn av en virusinfeksjon. Alle nødvendige prøver ble tatt, og legene mistenkte at infeksjonen kunne skyldes herpesvirus. For sikkerhets skyld startet de behandling med intravenøse infusjoner med midlet Aciclovir, som stanser en slik infeksjon. Denne behandlingen krever både innsats og nøyaktighet. Dosen må beregnes nøyaktig, den skal gå langsomt inn i løpet av én time og må gjentas hver åttende time.

Etter et og et halvt døgn fikk avdelingen beskjed om at den elektriske undersøkelsen av hjernen (EEG) tydet på at barnet kunne ha epilepsi, og det ble ikke påvist virus i spinalvæsken. Denne siste beskjeden var muntlig, og behandlingen ble avbrutt. Fem dager senere etterlyste avdelingen det skriftlige svaret på virusprøven, og da fikk de vite at virusprøven i spinalvæsken var positiv, med andre ord at det var sikre tegn på at hun hadde en virusinfeksjon i hjernen. Behandlingen ble derfor straks gjenopptatt og gitt i ti dager, som retningslinjene tilsier.

Pasienten kom seg av virusinfeksjonen, men den hadde skadet hørselen, slik at det endte med at hun ble helt døv på begge sider. Dette var en varig skade, og den fikk selvfølgelig alvorlige konsekvenser både for pasienten og for familien. Høreapparat hjalp lite, og alle måtte lære seg tegnspråk. Den lille pasienten må leve resten av livet uten hørsel.

Refleksjon

Spesialistene vurderte det slik at hun hadde en sikker og alvorlig virusinfeksjon i hjernen. Behandlingen ble stoppet etter halvannet døgn ved en misforståelse og først gjenopptatt etter fem døgn. Den ble deretter fortsatt i ti døgn etter forskriftene. Vanligvis er prognosen god etter full behandling, og det var derfor en meget alvorlig feil at behandlingen ble avbrutt – en feil som fikk alvorlige, livslange konsekvenser for et lite barn.

Tragedien skyldtes både en systemsvikt og en menneskelig feil. Avdelingen skulle ikke godtatt en muntlig beskjed som kunne få så store konsekvenser, og behandlin-

gen skulle fortsatt inntil avdelingen hadde fått et sikkert skriftlig svar fra laboratoriet. Hadde avdelingen hatt rutiner for at denne typen beskjeder skal foreligge skriftlig fra laboratoriet, ville muligheten for feil vært vesentlig mindre. Behandlingen ville gitt beskjedne bivirkninger og samtidig helbredet virusinfeksjonen og bevart hørselen. Det er nesten ufattelig at en rask muntlig beskjed fikk så store følger for et lite barn.

Forsinket oppfølging av person med medfødt hjerneskode

Økt invaliditet med synsskade

Pasienten var født med et ryggmargsbrokk (myelomeningocele) som hadde alvorlige følger med lammelser i bena, urinblæren og endetarmen. Dette medførte at hun brukte rullestol og at urinblæren måtte legges ut. I tillegg hadde hun epilepsi og var moderat utviklingshemmet. Hun bodde i en tilpasset bolig med tilsyn hele døgnet. Hun var aktiv i nærmiljøet, og gikk på voksenopplæring.

Da hun var knapt ett år gammel ble det påvist økt trykk i hjernen som hadde ført til «vannhode» (hydrocephalus), og hun fikk lagt inn en shunt som drenerte væske fra hjernen til bukhulen. Hun ble fulgt opp ved sykehuset med nødvendige kontroller og legemidler. Men så en dag i voksen alder fikk hun plutselig kraftig hodepine. Hun ble lagt inn på sykehuset, og kontrollene – inklusive MR av hodet – viste ingen forandringer med shunten. Hun kom seg med medisinsk behandling og fikk reise hjem etter en uke. Dagen etter måtte hun imidlertid legges inn på nytt med kraftig hodepine og anfall hvor hun ble fraværende og hadde nedsatt syn. Sykehuset var fremdeles i tvil, men etter to døgn ble hun overført til spesialavdeling. Her fant legene kraftig økt trykk i hjernen, noe som betydde at shunten ikke fungerte som den skulle. Dagen etter ble shunten skiftet og fungerte tilfredsstillende. Siden kom hun seg noe, men har fortsatt nedsatt syn og dermed økt invaliditet.

Hun søkte om pasientskadeerstatning fordi sykehuset hadde mistet verdifull tid før hun ble overført til spesialavdeling. Dette førte til at hun fikk varig nedsatt syn. De uavhengige spesialistene var enige, og mente at en umiddelbar reaksjon fra sykehuset med overføring til spesialavdeling og skifting av shunten kunne ha forhindrede funksjonstapet, spesielt synstapet. Hun fikk derfor erstatning.

Refleksjon

Jeg har tatt med denne historien fordi den illustrerer vanskelige vurderinger av en alvorlig funksjonshemmet pasient. Det viste seg at anfallet med hodepine og funksjonstap skyldtes et kraftig forhøyet trykk i hjernen, men det fremgikk ikke av de undersøkelsene sykehuset gjorde. Derfor gikk det flere dager tapt før hun ble overført til spesialavdelingen og fikk shunten skiftet.

Ekspertene kom til at synsskaden kunne ha vært unngått, hvis shunten var blitt skiftet et par dager før. Når jeg forsøker å tenke meg inn i sykehusets situasjon, var den ikke lett. Sykehuset hadde kontrollert pasienten i mange år, og deres undersøkelse viste ikke noe galt. Likevel burde legene ha reagert straks på de nye symptomene: kraftig hodepine, nedsettelse av synet og anfall av fjernhet, og umiddelbart overført henne til spesialavdelingen for øyeblikkelig hjelp.

I ettertid er dette lett å se, men i den akutte situasjonen på sykehuset var det tvil. Tross alt hadde hun hatt shunten i svært mange år uten noen problemer. Selv om sykehuset skulle ha reagert straks, gir denne saken anledning til å reflektere over hvordan helsepersonell skal lære seg å leve med og håndtere tvil. Det blir for lett å si at tvil alltid og umiddelbart skal føre til full reaksjon. Det er nettopp tvilens vesen at en må vurdere for og imot. Og noen ganger går det galt, som i dette tilfellet. Men det at en pasient allerede lever med funksjonshemning, må tilsi at rommet for å vente og se blir mye mindre.

Ryggskade og forsinket riktig diagnose

Varig invaliditet

Pasienten var frisk og i fullt arbeid. En dag tok han et tungt løft på jobben og fikk straks sterke smerter i ryggen. Noen dager senere oppsøkte han fastlegen, fikk smertestillende medisiner og ble sykmeldt. Han ble samtidig henvist til kiropraktor. Røntgenundersøkelse hos kiropraktoren viste et såkalt kompresjonsbrudd i den fjerde lendevirvlen, og han fikk tre behandlinger. Han følte at behandlingene gjorde ham verre, og fastlegen henviste ham til videre undersøkelse og behandling ved sykehuset.

Han hadde nå sterke smerter i ryggen og nedsatt følelse i bena, og måtte fraktes i ambulanse til sykehuset. Røntgen viste en liten skade i den øvre dekkplaten på den fjerde lendevirvlen (virvelen har en øvre og nedre dekkplate), og samtidig viste de rutinemessige blodprøvene at han sannsynligvis hadde en infeksjon (forhøyet SR og CRP). Han ble sendt til ortopedisk avdeling ved et annet sykehus, men fikk der bare smertestillende behandling.

Tiden gikk, og han ble ikke bedre. Han ble derfor henvist til en ryggpoliklinikk, som la ham inn i sykehuset igjen. Nye CT-undersøkelser viste at han nå hadde en betennelse i skiven mellom 4. og 5. lendevirvel (spondylodiscitt). Han ble overflyttet til infeksjonsavdeling. Det ble tatt en prøve fra mellomvirvelskiven, og den viste at han hadde en betennelse forårsaket av gule stafylokokker. Nå ble han satt på en kraftig penicillinkur i fire uker. Han kom seg godt, og betennelsen gikk over. Senere har han gått til kontroll og er blitt kvitt betennelsen, men han har fått en varig invaliditet som er vurdert til 20 %.

Pasienten klaget over behandlingen ved de to sykehusene og søkte erstatning. De uavhengige ekspertene kom til at den riktige diagnosen av betennelsen kunne vært stillet vesentlig tidligere, kanskje så lenge som fem måneder før. I så fall ville han fått den avgjørende penicillinbehandlingen tidligere og kanskje vært spart for den varige invaliditeten. Han fikk derfor erstatning.

Refleksjon

Skader i ryggen er hyppige, og som regel går det bra med smertestillende medisiner og forsiktige øvelser. Men noen ganger er det – eller det kommer til – alvorlige komplikasjoner som krever grundige undersøkelser og spesiell behandling. Dette er selvfølgelig vanskelig for helsetjenesten, for en kan ikke mobilisere hele det store

maskineriet uten skjellig grunn. I dette tilfellet *var* det skjellig grunn i de første røntgenundersøkelsene og i blodprøvene, og sykehusene burde ha funnet frem til riktig diagnose og behandling lenge før.

Denne saken gir grunnlag for å filosofere over når en skal møte vanlige problemer med uvanlige tanker. Ryggglidelser er et vanlig problem, og de skyldes sjelden en betennelse med bakterier i ryggen. Det er aldri lett i en travel hverdag å tenke på sjeldne og kanskje usannsynlige årsaker. Legene kaller dette å tenke over differensialdiagnoser, det vil si andre mulige årsaker eller diagnoser. Det tar tid, og tiden er alltid knapp. En god hjelp er å trene seg til å være var for hint som antyder at noe ikke passer med den vanlige diagnosen. Det *var* slike hint i dette tilfellet, men de ble dessverre oversett.

Dette minner meg om et utsagn fra mesterdetektiven Sherlock Holmes. Han sier at vanlige detektiver har en tendens til å lukke øynene for detaljer som ikke passer med deres teori. "Men *jeg*", sier han, "forstår at det som ikke passer med min teori er det aller viktigste." – Jeg har brukt dette sitatet i forelesninger for medisinske studenter og unge leger, og det har hendt at de mange år senere har fortalt meg at de har hatt nytte av det.

A kjøre drosje uten hørsel

Øredråpene tok hørselen

Hva kreves for å kjøre drosje? To ting er selvfølgelig nødvendige: at en er god til å kjøre, og at en er kjent i området og finner frem dit en skal. Men det kreves også en tredje ting, nemlig en god hørsel, slik at en hører beskjeder fra baksetet.

Denne pasienten hadde kjørt drosje i mange år. Han ble plaget av betennelse i begge ører som kom og gikk. Han gikk til lege og ble etter hvert operert på begge sider. Det ble satt inn et høreapparat på venstre side, men det hjalp ikke så meget.

Ørebetennelsen ble kronisk, og legen ga ham øredråper (Sofradex) som skulle hjelpe mot betennelse. De hjalp en stund, men han ble etter hvert dårligere. Hørselen ble helt borte på høyre øre, og den ble så dårlig på venstre øre at høreapparatet ikke var til god nok hjelp. Det ble stadig vanskeligere å kjøre drosje, og han ble sykmeldt.

Dårlig hørsel gjør det vanskeligere å være sammen med andre mennesker og kan føre til at en blir sosialt isolert og ensom. Han ble etter hvert deprimeret. I stedet for å være sammen med venner og kolleger, begynte han å spille på automater og tapte etter hvert mange penger. Det utviklet seg til spilleavhengighet som det kan gjøre når en taper mange penger og håper å vinne igjen det tapte: Neste gang kommer nok den store gevinsten!

Han gikk til lege for ørebetennelsen, og til psykiater for depresjon og spilleavhengighet. Han kom over avhengigheten, og depresjonen ble bedre. Men hørselen ble verre, og han måtte til slutt gi opp drosjenæringen og ble uføretrygdet.

Refleksjon

Det var jo ørebetennelsen og den nedsatte hørselen som hadde startet alt sammen, og til slutt ble han grundig vurdert hos en ørespesialist. Det var ikke mer å gjøre, og spørsmålet var: Hvorfor var det gått så dårlig med hørselen? Grundige undersøkelser viste at han hadde betennelse både i det ytre øret og i mellomøret, og på høyre side var det hull i trommehinnen. Her var hørenerven ødelagt, og det var intet å gjøre.

Øredråpene var den sannsynlige grunnen til at nerven var ødelagt, for de inneholder et stoff som kan skade nerven. Derfor er det risikabelt å bruke dråpene hvis det er hull i trommehinnen, for da når dråpene frem til nerven. Konklusjonen ble at dette var årsaken, og han ble tilkjent erstatning av Norsk pasientskadeerstatning.

Liten tue kan velte stort lass, heter det. Her hadde altså tilsynelatende uskyldige øredråper ødelagt hørselen fordi det var hull i trommehinnen så dråpene nådde frem til nerven og ødela den. Dermed ble det en kjede av vonde hendelser: først ørebetennelsen, så mange behandlinger, inklusive øredråpene som endte med å skade hørenerven, så sosial isolasjon, depresjon og spilleavhengighet, og til slutt ble det umulig å kjøre drosje og dermed uføretrygd.

I dette tilfellet var det en sammenheng mellom ørebetennelsen, hull i trommehinnen, øredråpene, den ødelagte hørenerven og til slutt uføretrygd. Årsaken til uføretrygden ble dermed en tilsynelatende uskyldig, men likevel uheldig hendelse. Legen skulle vært mer forsiktig med øredråpene, og derfor hadde pasienten rett til erstatning. Det er viktig å tenke over denne kjeden av vonde begivenheter. Hensikten med behandlingen var naturlig nok god, og det er da legen må tenke seg grundig om, fordi det er så lett å lukke øynene for risiko når hensikten er god.

Lammelser og nedsatt funksjon

Pasienten var pensjonist og hadde voksne barn. Hun hadde noen kroniske sykdommer: en moderat kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), langvarige problemer med ryggen og en medfødt «skjelvesykdom». Likevel hadde hun stått i arbeid til hun ble uføretrygdet for få år siden.

Plagene fra ryggen artet seg med utstrålende smerter til begge ben og svekket muskulatur og balanse. De ble verre, og grundige røntgenundersøkelser av ryggen viste at årsaken var trange partier i den nedre delen av ryggradskanalen (lenderyggen eller lumbalryggen). Ryggraden er bygget opp av virvler som til sammen danner et bevegelig rør. Gjennom røret går ryggmargen med nervene fra hjernen til alle deler av kroppen. Røret er bevegelig og passe trangt, slik at ryggmargen og alle nervene har akkurat passe plass. Med årene utvikler det seg ofte trange partier, særlig i lumbaldelen. De kan dels skyldes skader og dels forkalkninger i virvlene. De ortopediske kirurgene har forskjellige teknikker for å operere dette ved å fjerne trange partier.

Hun ble operert med vanlig ortopedisk teknikk. Om kvelden etter operasjonen fikk hun økende utstrålende smerter og lammelser i bena. Neste dag ble hun operert på nytt, og kirurgene stanset og fjernet en blødning på operasjonsstedet. Senere er hun blitt langsomt bedre, men har fortsatt betydelige plager: smerter som stråler ut fra ryggen og ned i bena, nummenhet, lammelser og kuldefølelse i bena, dårlig balanse og behov for støtte, inkontinens for urin og avføring, behov for selvkateterisering flere ganger om dagen og seksuelle problemer. Alt dette er blitt langsomt bedre, men hun søkte om erstatning. Spesialistene kom til at plagene skyldtes operasjonen. Normalt må en regne med en del plager etter en slik operasjon, men dette var mer enn vanlig, og spesialistene mente at hun burde vært reoperert samme kveld og ikke dagen etter. Det endte derfor med at pasienten etter en samlet vurdering fikk erstatning.

Refleksjon

Jeg har tatt med denne historien fordi den illustrerer typiske problemer i helse-tjenesten for eldre. Denne pasienten var blitt eldre og hadde flere kroniske sykdommer. Pasienten hadde alvorlige plager som kunne avhjelpes ved en vellykket operasjon, men det var uten tvil en risiko. Kirurgen sto overfor tre problemer:

- Burde pasienten opereres, eller med andre ord: var det et rimelig forhold mellom sannsynlig vinning og risiko?
- Hvis en skulle operere: Hvor radikal skulle en gjøre operasjonen for å oppnå bedring uten skader?
- Og, hvis en skulle operere: Kunne en sørge for en sikker postoperativ overvåking og for eventuelle tiltak som kunne bli nødvendige?

Dette er en typisk situasjon i helsetjenesten for de eldre. Helsepersonellet har god vilje og gode hensikter, og det gode skjønnet blir avgjørende. Eldrebølgen vil gjøre at disse problemene blir både hyppigere og vanskeligere, og helsetjenesten må ta dem på alvor.

Uheldige hendelser – skader og funksjonshemming

Risiko og relasjon

Uheldige hendelser i helsetjenesten medfører ofte at pasienter blir skadet. Mange får sine liv forandret, og mange må leve resten av livet med funksjonshemming. Også for helsepersonellet kan virkningene bli dramatiske. Dette krever tiltak både i *forkant* og *etterkant* – gjennom trening i risikoanalyse og i relasjonsarbeid.

Risikovurderinger

Risiko er en kombinasjon av sannsynligheten for og konsekvensen av en uønsket hendelse:

$$\text{risiko} = \text{sannsynlighet} \times \text{konsekvens}$$

Risikoen kan altså bli stor av to ulike grunner. Er hendelsen ganske sannsynlig, men ikke spesielt farlig, blir risikoen høy. Det blir den også om hendelsen er temmelig usannsynlig, men konsekvensene katastrofale.

Uheldige hendelser i helsetjenesten kjennetegnes ofte av store konsekvenser for de involverte, først og fremst for pasientene og for de pårørende, men også for personellet. Men inntil hendelsene inntreffer, blir de ofte vurdert som svært lite sannsynlige. Den lave sannsynligheten gir også ofte lav beredskap og gjør en uforberedt, når hendelsen først inntreffer. *Føre-var-prinsippet* skal nettopp forhindre høyrisikohendelser med liten sannsynlighet, men med så stor konsekvens at ingen sjanser kan tas. Særlig viktig blir dette i møtet med pasienter med stor *sårbarhet* og manglende evne til å motstå virkningene av en uønsket hendelse og gjenopprette sin opprinnelige tilstand. Slike pasienter er blant annet personer som lever med kronisk sykdom og funksjonshemming, og har svekkede forutsetninger for å møte ytterligere motgang.

Risikovurderinger omfatter blant annet identifikasjon av farer og uønskede hendelser, analyse av årsak og sannsynlighet, analyse av konsekvens, beskrivelse av risiko, identifisering av mulige tiltak og deres risikoreducerende effekt og konklusjoner og dokumentasjon. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap anbefaler Norsk Standard NS 5814:2008 *Krav til risikovurderinger* der det ikke foreligger spesifikke standarder og metoder.

Relasjonsarbeid

Involverte i uheldige hendelser i helsetjenesten får ofte store emosjonelle og følelsesmessige reaksjoner. Oppfølgingen i etterkant av en uheldig hendelse bør ofte få karakter av *forsoning*, både mellom de involverte og med utfallet.

Avgjørende for forsoningen er relasjonene mellom pasienten og personellet og personellet imellom. Ved siden av de åpenbare kravene til umiddelbar åpenhet og ærlighet fra personellens side, kan uheldige hendelser også utfordre pasienters evne og vilje til tilgivelse. Grunnlaget ligger i relasjonene mellom de involverte. Gamle fordommer om at personellet ikke bør slippe pasienter inn på seg, står for fall. Forsoningen er bare å finne i det mellommenneskelige.

Operert for isjias

Varige plager

Pasienten arbeidet i helsesektoren og var både engasjert i og glad i jobben. Hun fikk isjiassmerter i høyre ben. Dette ble etter hvert så plagsomt at noe måtte gjøres. MR-undersøkelse viste at hun hadde en prolaps (fremfall eller utposning av bruskk mellom virvlene) som gikk ut fra den fjerde lumbalskiven, og hun ble operert for dette. Dagen etter følte hun at smerten var borte og at operasjonen hadde vært vellykket. Det innlagte drenet ble fjernet av en sykepleier. Dette utløste umiddelbart sterke smerter ned i høyre ben og en følelse av nummenhet i tærne. Et nytt MR-bilde tydet på at hun hadde fått et tilbakefall av prolapsen. Hun ble derfor operert på nytt seks dager senere. Kirurgen fant imidlertid ikke holdepunkt for noe nytt prolaps, og såret ble lukket etter at et nytt dren ble lagt inn. Dette drenet ble fjernet av kirurgen selv dagen etter, uten at det utløste nye smerter.

Etter operasjonen hadde pasienten mye smerter og nummenhet i benet. Hun følte seg «klosset» og gikk dårlig. Halvannet år etter operasjonen gled hun på glatt føre, fikk det høyre benet under seg og brakk ankelen. Dette bruddet grodde greit, men hun hadde varige smerter og nedsatt kraft og førlighet i høyre ben. Hun ville gjerne tilbake til full jobb, men klarte bare å arbeide i halv stilling.

Dette er et uvanlig tilfelle. Pasienten følte at selve operasjonen var vellykket, men at drenet ble fjernet på en ukynlig måte, slik at nerveroten ble skadet. Sykehuset holdt fast ved at det hadde fulgt vanlige prosedyrer og at det ikke var grunnlag for kritikk. Samtidig er det et faktum at hun fikk varige smerter og nedsatt funksjon i forbindelse med at drenet ble fjernet dagen etter operasjonen.

De uavhengige spesialistene mente at den mest sannsynlige årsaken var at drenet skadet nerveroten, enten fordi det var feil plassert eller fordi det ble fjernet på feil måte. Pasienten fikk erstatning fordi Norsk pasientskadeerstatning mente at den eneste tenkelige forklaringen var at drenet hadde skadet nerveroten, og denne forklaringen ble stående.

Refleksjon

Jeg har tatt med denne historien fordi den illustrerer hvor vanskelig medisinen kan være. Isjiassmerte med prolaps er hyppige, og tilstanden kan behandles konservativt med fysioterapi og trening eller med operasjon. For noen år siden kom det en grundig konsensusrapport som viste at konservativ behandling gir gode

resultater (Senter for medisinsk metodevurdering 2001), men operasjon for prolaps er en både gammel og velkjent behandling hvor erfarne kirurger følger kjente retningslinjer. Ofte blir pasienten mer eller mindre smertefri, godt fornøyd og vender tilbake til sitt gamle arbeid. I dette tilfellet hadde pasienten fortsatt smerter, nedsatt funksjon og klarte bare å jobbe i halv stilling. Hun var glad i arbeidet sitt, og arbeidsgiveren gjorde sitt beste for å legge til rette for at hun skulle kunne jobbe. Likevel lyktes det ikke.

S stort barn og vanskelig fødsel

Varig nerveskade i høyre arm

Moren fødte nå sitt femte barn, og det hadde vært vanskeligheter ved flere av de tidligere fødslene på grunn av høy fødselsvekt og seteleie. Dette hadde blant annet ført til nerveskade i skulderen (plexusskade) under forløsningen.

Dette femte barnet veide nesten 5 kg. Fødselen ble startet 2½ uke før tiden, fordi barnet var så stort. Skulderforløsningen var vanskelig, og barnet fikk brudd i venstre overarmsben og en alvorlig plexusskade som rammet høyre skulder og overarm. Barnet hadde også fått for lite oksygen under fødselen og fikk kramper og en liten hjerneblødning. Hjerneskaden gikk helt tilbake, men plexusskaden er blitt stående. Barnet går til regelmessig oppfølging og trening. Det var en betydelig restlammelse i høyre skulder og overarm. Ellers utvikler barnet seg normalt.

Moren var bekymret i forkant av den femte fødselen og drøftet sine bekymringer med jordmor ved fødeavdelingen. Det var tre bekymringer i forhold til en normal fødsel: stort barn, betydelig overvekt hos moren, og tidligere to søsken med plexusskader under fødselen. Disse skadene var heldigvis gått tilbake, men risikoen for en alvorlig skade var der. Disse risikofaktorene talte for at en burde gjøre keisersnitt, men morens overvekt var en risiko ved keisersnitt. Det endte med at en valgte vanlig fødsel, men i ettertid er fødeavdelingen kritisert for at det ikke ble lagt nok omtanke i denne vurderingen. Problemet ble ikke drøftet med en erfaren fødselslege. Moren mente at det burde vært gjort keisersnitt på grunn av de tre nevnte risikofaktorene.

Foreldrene krevde erstatning, og saken ble grundig vurdert. I første omgang fikk de ingen erstatning, fordi de uavhengige spesialistene mente at fødeavdelingen ikke hadde begått noen feil. Fødselen rommet vanskelige vurderinger, men spesialistene fant ingen feil, og det er jo feil eller uheldige hendelser som er betingelsen for erstatning. Saken ble påklaget til Pasientskadenemnda og nye spesialister. De kritiserte sykehuset for at morens bekymringer ikke ble drøftet med en erfaren fødselslege, slik at moren og legen kunne tatt avgjørelsen sammen. Fødselen burde også ha vært fulgt opp av en fødselslege. Det endte derfor med at familien fikk erstatning.

Refleksjon

Denne historien illustrerer et typisk dilemma. Et barn kan forløses på to måter, ved en vanlig vaginal fødsel eller ved keisersnitt. I dette tilfellet var det tre alvorlige risikofaktorer for barnet som talte for keisersnitt, mens én alvorlig risikofaktor for moren talte mot keisersnitt.

Jeg er i tvil om hva jeg ville ha valgt, men to ting er viktige: For det første skulle dette dilemmaet ha vært grundig drøftet med far og mor, slik at de kunne vært med på beslutningen. Det ville vært i overensstemmelse med prinsippet om autonomi, det vil si pasientens rett til å bestemme over seg selv. For det andre skulle hele fødselen vært fulgt opp av en erfaren fødselslege, som kanskje kunne ha klart den vanskelige forløsningen av skuldrene uten plexusskade på nervebanene i skulderen.

Operert for leggbrudd

Langvarige følger

Pasienten pådro seg en idrettskade som resulterte i et åpent brudd av det høyre leggbenet. Ved et åpent brudd blir det et sår, slik at bruddet ligger i dagen. Han ble straks sendt til det lokale sykehuset. Det ble ikke gjort noen grundig skylling av såret, men han fikk lagt på en foreløpig gips og ble sendt videre til spesialavdeling på sentralsykehuset. Her ble han operert samme natt med ryggbedøvelse (spinalanestesi), og blodtilførselen til leggen ble stengt av under operasjonen med en mansjett på låret. Bruddet ble lagt i god stilling og fiksert med en margnagle som ble satt i helt riktig stilling.

For at leseren skal forstå det som følger, må jeg forklare hvordan leggen er bygget opp, hvorledes legene tenker i denne situasjonen og hvilke behandlingsalternativer de har: Leggen har mange forskjellige muskler som beveger ankelen, foten og tærne. De er samlet i fire avdelinger, losjer eller kompartments. Ordet kompartiment betyr at musklene ligger inne i en slire eller hylse av bindevev, som kalles en «fascie». Dette bindevevet er stramt og fast, ikke elastisk og ettergivende. Hvis det skjer noe som øker blod- eller væskemengden inne i musklene, blir fascien for stram, og trykket inne i den øker. Dette kalles kompartmentsyndrom. Trykket gir sterke smerter og kan føre til varige skader på musklene og/eller nervene, og det er avgjørende at legene oppfatter denne tilstanden raskt og gjør noe som senker trykket inne i fasciene så fort som mulig. Den enkleste måten er en ny operasjon hvor kirurgene spalter fasciene på langs (fasciotomi) og lar såret ligge åpent til trykket gir seg. Da kan de sy fasciene sammen igjen og lukke såret. Alt dette må gjøres så fort, og så pent som mulig. Forsinkelse kan føre til at det blir varige trykkskader på muskler og nerver.

Kirurgene gjorde den første operasjonen både korrekt og effektivt, men spinalanestesi gjorde at det tok tid før pasienten kjente smerter. Blodtomheten kan ha bidratt til at det ble mer blod i musklene da mansjetten på låret ble fjernet. Ved avslutningen av operasjonen var det ikke tegn til økt trykk eller kompartmentsyndrom.

Neste morgen hadde pasienten sterke smerter i leggen. En trykkmåler i fremre losje viste et betydelig forhøyet trykk. Det betydde at han hadde utviklet et alvorlig kompartmentsyndrom i timene etter operasjonen. Kirurgene gjorde en ny operasjon hvor de spaltet alle de fire fasciene (fasciotomi), men operasjonen ble ikke

gjort før dagen etter, cirka 12 timer etter den første operasjonen. Og etter ytterligere ni timer ble han operert en tredje gang for å forlenge fasciotomiene, slik at det ikke skulle være noen mulighet for trykkskader. Han fikk antibiotika for å unngå infeksjoner.

Fem dager senere så såret fint ut, og det ble lagt på transplantert hud for å dekke det. Alle muskler var myke og fine, men det var nedsatt bevegelse, kraft og følelse i høyre fot, særlig i høyre stortå.

En drøy måned senere hadde han det bra, men det var fortsatt nedsatt bevegelse, kraft og følelse i høyre fot. Han ble behandlet med forsiktig fysioterapi og trening, men han gikk fortsatt med to krykker. Da det var gått tre og en halv måned siden skaden, kom det tegn på infeksjon ved en av skruene som holdt margnaglen på plass. Bruddet var nå grodd, margnaglen kunne fjernes, og han fikk antibiotika som tok infeksjonen.

Han hadde imidlertid stadige problemer med høyre stortå på grunn av lammelsen og et trykksår. Stortåen grodde, og han fikk en tilpasset sko til høyre fot. Sluttresultatet ble nedsatt funksjon som følge av lammelsen i høyre fot. Han klarer seg bra, men han kan ikke lenger drive med sin favorittsport. Hans varige invaliditet er vurdert til 20 %.

Han fikk erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning, og dermed var den erstatningsmessige siden av saken opp- og avgjort. Men det er klart at følgene etter skaden, all behandlingen og den varige nedsatte funksjonen i benet har tatt på ham, og dette er noe han må leve med resten av livet. For en ung mann som er frisk og sportslig aktiv, må dette oppleves som veldig urettferdig.

Refleksjon

Grunnlaget for erstatningen var at uførheten skyldtes en behandlingssvikt ved kompartmentsyndromet. Det skadet først og fremst nervene i leggen som forsyner de musklene som beveger foten og tærne. Nerveskaden skyldtes det høye trykket i muskelfasciene. Dette er en fryktet og velkjent komplikasjon som legene var fullt oppmerksomme på, og det var også klare og truende tegn i form av sterke smerter og kraftig økt trykk i den fremre muskellosjen. Det er kjent at det er avgjørende å få senket trykket ved fasciotomi så snart som mulig. Likevel gikk det cirka 10 timer før denne operasjonen ble gjennomført, og han måtte reopereres noen timer senere for å få forlenget fasciotomiene. Da gikk trykket ned, og han kom seg, men altså ikke helt. I denne vurderingen ligger selvfølgelig også alt det en ung mann må gjøre for å mestre invaliditeten og livet. Det er en stor og livslang utfordring.

Den varige invaliditeten ble altså vurdert til å skyldes forsinket operasjon med fasciotomi for kompartmentsyndromet. Dermed ble det vurdert til å være en uheldig hendelse og ikke en naturlig komplikasjon. Hvorfor gikk det så lang tid, til

tross for at legene var fullt klar over farene ved en forsinket operasjon? Jeg vet ikke svaret på dette spørsmålet, og jeg synes det illustrerer tre viktige ting:

- Det første er at det ofte er meget vanskelig å klarlegge årsaken til en uheldig hendelse. Riktig nok er det utviklet systemer for å nøste seg tilbake til den årsaken som startet det hele – såkalt Root Cause Analysis (se Hjort 2007), men i praksis er det ofte en nesten uendelig kjede av årsaker bak årsakene. Hovedårsaken kan være umulig å fastslå.
- Det andre er at uheldige hendelser kan involvere menneskelig svikt og systemsvikt, hver for seg og samtidig. Av og til er det noen å laste, andre ganger ikke. Fordeling av ansvar er et vanskelig tema: Som menneske er man alltid ansvarlig for sine handlinger, men handler man innenfor eller på vegne av et system, er også systemet ansvarlig for at uønskede handlinger ikke skal skje.
- Det tredje er at oppgaven ved uheldige hendelser ikke først og fremst er å finne den skyldige og straffe ham eller henne, men å bruke hendelsen til å lære og til å drive en stadig opplæring av personellet og kontroll av systemene. Dette er blitt sterkt understreket i en stor svensk utredning om uheldige hendelser (Patientsäkerhetsutredningen 2008). Det eventuelt straffbare ved det som har skjedd, må Helsetilsynet og politiet granske. Læring og disiplinering er to forskjellige oppgaver som må holdes strengt atskilte. Læring må være lystbetont, mens disiplinering sjelden eller aldri kan bli det.

Komplikasjoner og funksjonshemning

Pasienten hadde god helse og var glad i sport og friluftsliv.

En vårdag skadet han seg på idrettsbanen og brakk begge de to knoklene i høyre legg. En lege som var til stede la bruddet noenlunde på plass og sendte ham til sykehus. Her ble det utført en lukket reposisjon, det vil si at bruddet ble lagt på plass uten at huden over bruddet ble skåret opp. Det ble satt inn en margnagle i skinnebenet (fibula). Neste morgen hadde han utviklet kompartmentsyndrom (se den forrige pasientfortellingen) med smerter og nedsatt funksjon. Denne tilstanden skyldes at det blir økt trykk i de fire muskelosjene i leggen, og han ble straks operert med fasciotomi, det vil si spalting av muskelosjene.

Det kom infeksjon i fasciotomiene, og sårene ville ikke gro. Det ble gjort gjentatte operasjoner med transplantasjon av hud. Det viste seg at det var en diastase (det vil si avstand) mellom de to bruddene av fibula. Ut på høsten ble naglen skiftet, slik at bruddene fikk kontakt med hverandre. Likevel ville bruddet ikke gro, og det utviklet seg et falskt ledd på bruddstedet, en såkalt pseudartrose. Omkring ett år etter skaden ble han derfor operert på nytt med transplantasjon av benvev. Det førte til at bruddet endelig grodde, men han hadde varig nedsatt førlighet i benet på grunn av nerveskade i høyre legg. Nerveskaden skyldtes bruddet og kompartmentsyndromet. Den endelige invaliditeten ble satt til cirka 20 %.

Å måtte leve med en varig funksjonshemning fordi legene ikke gjorde jobben sin godt nok, er en stor belastning for en sports- og friluftinteressert ung mann. Han søkte om erstatning, og de uavhengige spesialistene kom til at bruddet ikke var håndtert etter faglige retningslinjer. Søknaden ble derfor innvilget.

Refleksjon

I ettertid kan en spørre seg hvordan dette kunne skje og spesielt hvorfor bruddet ble naglet slik at bruddene ikke var i kontakt med hverandre. Dette er selvfølgelig i strid med retningslinjene.

God medisin krever at legene behersker to områder. Det ene er det faglige biomedisinske området, og det andre er å forstå seg på mennesker. For kirurgene kommer en tredje faktor i tillegg: De må også ha teknisk håndlag, slik at de får til det de gjør på en god måte.

Alt dette krever utdanning, oppfølging og ledelse:

- Spesialistene må ha den nødvendige videreutdanning og trening
- Yngre leger må følges opp slik at de får opplæring og øvelse
- Avdelingslederen må engasjere seg i å skape en god kultur for kvalitet

Lå for lenge med full urinblære

Varig blærelammelse

Pasienten var uheldig og gled i en trapp, falt stygt og fikk sterke smerter i ryggen som strålte ned i høyre ben. Hun ble liggende hjelpeløs til mannen kom hjem, og fikk henne på sykehus. Det ble ikke funnet noen brudd, og hun fikk medisinsk behandling og sterke smertestillende medisiner. Hun klarte imidlertid ikke å late vannet, og hun ble kateterisert først sent neste dag. Blærefunksjonen kom ikke i gang, og hun måtte kateteriseres på ny. Etter hvert kom hun seg etter skaden, smertene ga seg, og hun kunne reise hjem. Men blærefunksjonen kom ikke i gang, og hun måtte stadig kateterisere seg. Dette førte også til urinveisinfeksjoner. De psykiske symptomene ble verre, men hun hadde nytte av behandling hos psykolog og av gruppeterapi, slik at hun etter hvert ble bedre igjen. Men urinblæren var og ble lammet, og hun var avhengig av å kateterisere seg.

Hun klaget over den behandlingen hun hadde fått på sykehuset. De uavhengige ekspertene kom til at sykehuset hadde latt henne ligge med full blære alt for lenge. Det hadde gitt en varig skade på urinblæren, slik at hun ble avhengig av å kateterisere seg selv. Den samtidige bruken av sterke smertestillende midler hadde økt risikoen for denne skaden. Hun var selvsagt fortvilet over skaden hun hadde blitt påført, og følte at den hadde redusert livskvaliteten. På grunnlag av ekspertenes vurderinger fikk hun erstatning.

Refleksjon

Denne saken er både uvanlig og vanskelig. Hun hadde fått en kraftig skade da hun falt, men uten noen brudd. Hun trengte smertestillende behandling, som samtidig hemmet blærefunksjonen. Det var derfor viktig å følge vannlatingen nøye og kateterisere henne hvis hun ikke klarte å late vannet selv. Legene var opptatte av å undersøke og behandle ryggsmertene, og avdelingen forsømt å følge med i og registrere vannlatingen. Derfor ble hun liggende med full blære alt for lenge, og ekspertene konkluderte med at det hadde gitt henne en varig skade på urinblæren.

I denne saken ble det ikke plassert skyld hos noen av personalet. Dermed er det rimelig å forstå den som en systemsvikt og ikke individsvikt. Dette skillet er ikke alltid enkelt. Rutinene kan være foreldede eller for dårlige, men personalet kan også svikte i oppfølgingen av dem. Historien illustrerer hvor viktig det er å ha gode systemer og sørge for at de blir fulgt. Det kan tenkes at denne pasienten var spesielt sårbar fordi hun hadde sine psykiske problemer. I så fall blir det enda viktigere å ha gode rutiner som følges opp.

Ikke tilstrekkelig overvåking og forebygging

Måtte amputere det andre benet også

Pasienten hadde for noen år siden vært utsatt for en ulykke der han fikk et voldsomt slag i brystet. Det førte til ribbensbrudd og skade på begge lunger som resulterte i både luft og væske i lungesekkene (pneumothorax og pleuravæske). Året etter fikk han et hjerteinfarkt som ga så langvarige plager at det ble behandlet med prednison i store og langvarige doser. Dette medvirket antakelig til diabetes II og etter hvert sirkulasjonsforstyrrelser i begge ben (claudicatio intermittens). Som ung hadde han røkt, men klarte å slutte etter 20 år.

Sirkulasjonen i bena ble verre, og for noen år siden var det gjort bypassoperasjon i begge ben. Han fikk blodpropp i begge lunger etter operasjonen og ble satt på antikoagulasjonsbehandling, som motvirker at blodet lever seg. Etter hvert som han ble eldre, økte problemene med sirkulasjonen i begge bena, og han fikk et sår på høyre fot. Det ville ikke gro, og til slutt måtte benet amputeres midt på leggen. På sykehuset utviklet det seg en blodfylt blemme på den venstre foten, og det ble et trykksår som ikke ville gro. Det endte med at det andre benet også måtte amputeres midt på leggen. Dermed hadde han to proteser og to krykker. Etter rehabilitering kom han hjem og klarte seg hjemme med familien. Etter hvert har han lært seg til å mestre denne tilværelsen, men trenger selvfølgelig hjelp til meget, for eksempel hagearbeid og snømåking.

Pasienten søkte om erstatning fordi sykehuset ikke hadde vært nok påpasselig med å forebygge trykkskade i den venstre foten. Hadde sykehuset vært det, kunne den andre amputasjonen kanskje vært unngått. Han fikk erstatning, som har hjulpet tilpassingen til et nytt liv som funksjonshemmet.

Refleksjon

Eldre mennesker har som regel en dobbelt risiko. Dels svekker alderen kroppen og dens ressurser. Ser en på kroppens evne til fysisk arbeid, er den på toppen når en er 25–30 år, og den reduseres med cirka 1 % per år, slik at halvparten er blitt borte når en er blitt cirka 80 år (Hjort 2010). Men menneskekroppen er en utrolig biologisk maskin som klarer seg bra med halvparten av den opprinnelige fysiske kapasiteten. Den andre risikoen er at eldre mennesker får kroniske sykdommer, og i

den norske befolkningen har en 80-åring cirka tre kroniske sykdommer. Med godt forebyggende arbeid og god behandling kan det likevel gå bra i mange år.

Den eldre befolkningen øker både i alder og i antall. Eldrebølgen vil prege det norske samfunnet mer og mer, og vi regner at antall eldre vil dobles i de neste cirka 40 årene. Dette får store konsekvenser for alle deler av samfunnet, men særlig for helsetjenesten. Det blir mange flere eldre pasienter, og de vil preges av den dobbelte risikoen. Det betyr at helsetjenesten må forholde seg til de eldre som risikopasienter, og det må prege både behandling, forebygging og rehabilitering. Helsetjenesten må erkjenne dette ansvaret og la det prege både utdanningen av helsepersonellet og kulturen i helsetjenesten.

Uheldige hendelser – legemidler

Nesten ingen grenser for hvordan og hvor ofte det kan gå galt

Menneskene har til alle tider drømt om og trengt legemidler, til tross for at de ofte gjør vondt verre. I mange hundre år bygget de på overtro, uprøvde teorier og usystematisk erfaring. Men for cirka 200 år siden begynte medisinen langsomt å bygge opp en ny kultur for legemidler, basert på systematiske observasjoner av pasienter og forskning. Likevel tok det lang tid, og det er vanlig å si at det store gjennombruddet i medisinen og i bruken av legemidler kom i 1935 med sulfapreparatene, som kunne helbrede lungebetennelse. I 1940-årene viste de også effekt mot tuberkulose og lepra (spedalskhet) (Gilman et al. 1990). Romanen *Øya* gir en dramatisk beskrivelse av det siste (Hislop 2007).

Det er karakteristisk for moderne medisin at legemiddelfeil er en av de hyppigste årsakene til uheldige hendelser. Det er nesten ingen grenser for hvordan og hvor ofte det kan gå galt:

- Feil pasient, det vil si at to pasienter blir byttet om.
- Feil legemiddel, ved at pasienten får et annet legemiddel enn det han skulle hatt.
- Feil dose, som regel for høy. Av og til skyldes det en regnefeil, fordi dosen må beregnes etter kroppsvekt eller kroppsoverflate – legemiddelregning er en egen øvelse for sykepleierne, og noen har problemer med dette.
- Feil varighet mellom dosene – for kort eller for lang.
- Feil måte å gi legemidlet på – det alvorligste er når et legemiddel som skulle settes inn i en blodåre, blir satt inn i ryggmargskanalen.
- Manglende kontroll av effekten. Pasienter er forskjellige, og derfor hender det at dosen kan bli feil. For enkelte legemidler må en derfor kontrollere at effekten blir riktig ved å ta blodprøver. Behandling med Marevan (warfarin) ved blodpropp er et eksempel.

Konsekvensene av legemiddelfeil varierer fra ubetydelige til katastrofale. Derfor må helsetjenesten hele tiden arbeide med sikkerheten ved bruken av legemidler. En må satse på flere tiltak:

- Stadig utdanning og videre- og etterutdanning av helsepersonellet. Det gjelder ikke minst ved bruk av deltid og vikarer.
- Følge reglene for det enkelte legemiddel om bruk og dosering.
- Legene må være nøye med å skrive forståelig når de forordner legemidler, og dataforordning er et viktig fremskritt.
- Mange pasienter bruker flere legemidler, og det hender at de motvirker hverandre eller ødelegger for hverandre. Det er et stort fremskritt at det er kommet datasystemer som varsler legene hvis de forordner et legemiddel som ikke passer med de legemidlene pasienten allerede får.
- Sørge for ro og orden når sykepleierne finner frem legemidler og gir dem til pasientene.

Alt dette betyr at det er viktig å bygge opp en god kultur for bruken av legemidler, og her svikter det dessverre ofte. En del av denne kulturen er å styre sine gode hensikter. Det hender at gode hensikter vinner over fornuften, for eksempel ved at en øker dosen for mye i håp om å oppnå den effekten pasienten så sårt trenger.

Fjernet nyre, overdosert med legemiddel

Døde brått av nyresvikt

Pasienten var pensjonist og uføretrygdet på grunn av astma, kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), høyt blodtrykk, diabetes og hudsykdommen psoriasis. Det var påvist mulig kreft i høyre nyre og i bukspyttkjertelen. Han ble derfor innlagt i et spesialisert sykehus og operert. Høyre nyre, milten og deler av bukspyttkjertelen ble fjernet. Undersøkelsene etter operasjonen viste at det allikevel ikke var kreft i de organene som ble fjernet. Han kom hjem en uke etter operasjonen. Det var både helg og like før jul, og undersøkelser av funksjonen til den gjenværende nyren ble ikke gjort.

Han skulle fortsette med legemidlet enalapril (Renitec) i samme dose som før, 20 mg daglig. Dette legemidlet er en såkalt ACE-hemmer (Angiotensin Converting Enzyme). ACE-hemmer er et vanlig legemiddel mot høyt blodtrykk. Det virker ved å hemme et biologisk system (renin-angiotensin-aldosteron-systemet) som kontrollerer blodtrykket. Det har kjente og alvorlige bivirkninger, og derfor må det kontrolleres nøye. Den alvorligste bivirkningen er nyresvikt, og det er spesielt alvorlig hvis pasienten har nedsatt nyrefunksjon. Derfor var det en klar svikt i dette tilfellet at nyrefunksjonen ikke ble undersøkt og vurdert etter at hans ene nyre var fjernet. Vanligvis kan et menneske leve godt med én nyre, men det blir problemer hvis denne ene nyren ikke er frisk. Og det blir spesielt alvorlig hvis pasienten får enalapril.

Pasienten ble dårligere hjemme, og han ble lagt inn i lokalsykehuset vel to uker senere. Han var kvalm, kastet opp, og blodprøvene viste at nyrefunksjonen var svekket. Han kom seg litt og ble sendt hjem en uke senere, fortsatt med legemidlet enalapril. Tre dager senere ble han lagt inn igjen, og han døde samme dag av nyresvikt.

De etterlatte søkte om erstatning fordi de mente at behandlingen og kontrollen etter operasjonen var uforsvarlig, og at behandlingen med enalapril tok livet av ham. De uavhengige ekspertene var enige i dette, og familien fikk erstatning.

Døde etter stor operasjon – ingen hørte på familien

Ni dager før jul ble han operert på grunn av mistanke om kreft. Dette var en stor operasjon, men likevel ble han sendt hjem etter tre dager uten at nødvendige prøver ble tatt.

Han følte seg elendig, kvalm, kastet opp, trengte hjelp til alt og ble lagt inn på nytt 2½ uke senere. Men han ble sendt hjem etter en uke fordi det ikke var plass til ham. Det ble ikke gjort noen undersøkelser, og han fikk ikke snakke med lege.

To dager senere var han så dårlig at familien ringte etter ambulans. Prøvene viste svær nyresvikt, og han døde samme ettermiddag. Obduksjonen viste nyresvikt, og konklusjonen ble at hvis sykehuset hadde gjort de nødvendige prøvene, hadde han fått behandling.

Refleksjon

Hvordan kunne dette hende? Bivirkningene ved enalapril er velkjente, og det er klart at pasientens nyrefunksjon burde vært kontrollert etter at den ene nyren var fjernet. Det var ikke mangel på kunnskap som lå bak dette dødsfallet, men mangelfull kontroll og oppfølging.

Mange sykehus har innført begrepet «pasientansvarlig lege», det vil si at alle pasienter skal ha én lege som har ansvaret for å følge opp pasienten, forklare ham eller henne hva som er funnet, hva som er gjort og hva som bør gjøres og kontrolleres i fremtiden. Utskrivningssamtalen er spesielt viktig. Det er lett å forstå at dette opplegget kan forstyrres av vaktordninger og travelhet på sykehuset, ikke minst i forbindelse med helger og ferier. Men det er også klart at et slikt system er nødvendig for å sikre samarbeidet mellom pasientene og sykehusene. Jeg vet ikke om de to sykehusene i denne saken har en slik ordning, men det er klart at dødsfallet skyldtes mangelfull kontroll og oppfølging.

To viktige grunner taler for at et slikt system er blitt mer og mer nødvendig. Den ene grunnen er at medisinen er komplisert. Det er lett å miste oversikten, samtidig som kontroll og oversikt blir stadig viktigere. Den andre grunnen er at medisinen ofte krever samarbeid mellom flere leger, flere avdelinger og til og med flere sykehus, som i dette tilfellet. Denne situasjonen blir mer og mer vanlig. Jeg var selv for noen år siden innlagt i et spesialisert sykehus, og det endte med at jeg hadde seks forskjellige leger, som representerte forskjellige spesialiteter. Jeg ba om et felles møte, men det var umulig. Jeg hadde flaks, og det gikk bra. Men vi trenger systemer i helsetjenesten som ikke er avhengige av flaks.

Medfødt fare for blodpropp, likevel p-piller

Livsfarlig blodpropp og hjerneskade

Pasienten var frisk og arbeidet i full stilling. Hun søkte lege for underlivsblødninger og ville gjerne ha behandling for det. Et vanlig og effektivt legemiddel er Microgynon, som er en p-pille. Den har én alvorlig bivirkning, nemlig at den øker risikoen for trombose i de store venene i bena og for blodpropp i lungene. Felleskatalogen advarer uttrykkelig mot denne bivirkningen (Felleskatalogen 2010). Risikoen var spesielt stor for henne, fordi hun hadde en uvanlig medfødt disposisjon for blodpropp. Tre nære familiemedlemmer hadde hatt blodpropp, og familien hadde en arvelig endring i ett av de egghvitestoffene som styrer levringen i blodet. Denne endringen er en mutasjon i den femte levringsfaktoren, Faktor V eller proaccelerin. Den ble oppdaget i Holland og kalles derfor «Leiden-varianten». Denne forandringen var også påvist hos henne, og den økte risikoen for blodpropp kanskje ti ganger.

Både hun og legen kjente til denne risikoen, men de ble likevel enige om at hun skulle bruke Microgynon mot underlivsblødningene. Etter vel to uker begynte hun å bli tungpusten og fikk smerter i venstre side av brystet. Noen dager senere fikk hun smerter og hevelse i høyre legg, og hun ble sendt på sykehuset med mistanke om blodpropp i lungene. Da hun kom til sykehuset, var hun livstruende syk med store blodpropper i lungene. Hun falt sammen og ble bevisstløs, men sykehuset klarte å redde henne ved å gi henne et middel som løser opp blodpropp. Hun kom seg som ved et mirakel, men hun har fått alvorlige ettervirkninger. Dels har hun følger i høyre legg med hevelse og må bruke elastiske strømper (posttrombotisk syndrom). Hun får også livslang behandling med Marevan, som beskytter mot nye tromboser. Dels har hun fått en varig hjerneskade som viser seg ved en endret personlighet. Hun orker lite, blir både angstfylt, deprimert og impulsiv. Det skyldes antakelig at hjernen fikk for lite oksygen under anfallet (anoksi). Lungene har kommet seg, men hjerneskaden med kognitiv svikt ble regnet som varig, og invaliditeten ble bedømt til cirka 50 %.

Hun søkte om erstatning fordi den varige invaliditeten skyldtes behandlingen med et legemiddel som utløste ulykken. Søknaden ble innvilget.

Refleksjon

Det er ingen tvil om sammenhengen her: Hun hadde en medfødt betydelig risiko for blodpropp, og likevel fikk hun Microgynon mot underlivsblødningene, til tross for at dette legemidlet øker risikoen for blodpropp. Både pasienten og legen var klar over denne risikoen, men begge må – på ubegripelig vis – ha lukket øynene for den. Det reiser to spørsmål:

- Hva var hennes ansvar for beslutningen? Hvorfor satte hun ikke foten ned? Forklaringen må antakelig være at hun undervurderte eller ikke forsto hvor stor risikoen var. Spørsmålet er om det fritar henne for ansvar? Jeg synes ikke det gjør det etisk sett, men jeg tror ikke det bør få noen konsekvenser for erstatningen, og det fikk det heller ikke.
- Hva var legens ansvar for beslutningen? Han hadde fullstendig kunnskap både om hennes disposisjon for blodpropp og den betydelige risikoen med det legemidlet han ga henne. Jeg mener at legen hadde det avgjørende ansvaret og at det derfor var riktig at hun fikk erstatning.

Denne diskusjonen berører også spørsmålet om autonomi, det vil si pasientens rett til å bestemme over sin egen behandling. Autonomiprinsippet er viktig, men det er likevel legen som har ansvaret, jevnfør uttrykket «pasientansvarlig lege». Jeg synes denne pasientens historie illustrerer dette prinsippet.

Vanskelig sykdom som endte med invaliditet

Pasienten hadde lymfekreft (lymfogranulomatose eller Hodgkins sykdom). Hun fikk strålebehandling mot halsen og brystet, og kreften gikk tilbake. Året etter fikk hun tilbakefall med lymfekjertler i lysken og fikk ny strålebehandling mot lysken og buken pluss cellegift. Hun kom seg, og senere har det ikke vært tilbakefall. Hun ble erklært helbredet av kreften, og levde et normalt liv.

Omkring ti år etter behandlingen begynte hun å miste kreftene i overkroppen. Musklene i halsen og skuldrene mistet kraften og ble mindre og mindre (muskelatrofi). Det var en følge av strålebehandlingen, som det ikke var noen behandling for, og hun fikk uføretrygd. Ellers var hun frisk, men vekten gikk gradvis ned, til bare vel 40 kg.

Etter ytterligere ti år begynte hun å bli mer tungpusten, og det kom væske i brysthulen, etter hvert i begge lungesekkene (plevra) og i hjerteposen (pericard). Sykehuset behandlet henne ved å legge inn dren. Det kom infeksjoner i lungesekkene, og det ble planlagt å gjøre et inngrep som lukker lungesekkene (plevrodese). Det ble det imidlertid ikke noe av, og sykehuset fortsatte med tappingene. Det utviklet seg komplikasjoner som førte til at hun måtte gjennomgå en større operasjon hvor lungesekken på venstre side ble fjernet. Forløpet var komplisert, og det utviklet seg både en sterkt redusert lungefunksjon og hjertesvikt. Gradvis har hun kommet seg noe, men hun er fremdeles sterkt invalidisert og klarer verken fysiske anstrengelser eller husarbeid.

Hun var i ettertid sterkt kritisk til behandlingen og mente at tappingen med dren førte til alle komplikasjonene. Hun søkte derfor om erstatning, fordi denne behandlingen var både unødvendig og ble feil utført. Dette var en vanskelig sak for ekspertene, for behandlingen var ikke enkel. Langvarig dreناسje og gjentatte tappinger innebærer risiko for infeksjoner, som hun fikk. Legene skulle derfor valgt en annen og mer permanent behandling, og ekspertene mente derfor at det var begått alvorlige feil. Hun fikk dermed medhold og erstatning.

Refleksjon

Jeg har tatt med denne historien fordi den viser hvor kompliserte virkningene og ettervirkningene av medisinsk behandling kan være. I dette tilfellet startet alt med lymfekreften, strålebehandlingen og cellegiften. Denne behandlingen var et nesten

ufattelig fremskritt da den kom, og jeg fikk oppleve det. De første pasientene med Hodgkins sykdom som jeg så, døde fordi vi ikke hadde noen behandling. Så kom den nye behandlingen, og pasientene ikke bare overlevde, men ble helt friske. Jeg har en slik pasient i min egen nære slekt.

Noen av disse pasientene, som pasienten i denne historien, utviklet senkomplikasjoner etter strålebehandlingen. Av og til er det lite å gjøre med dem, og vurderingene er vanskelige. I ettertid kan det vise seg at behandlingen av komplikasjonene har gjort vondt verre. Slik gikk det i dette tilfellet, og ekspertene kom til at legene hadde gjort en feil vurdering da de gjennomførte tappingen av væsken i brysthulen. Derfor var dette en uheldig hendelse som skyldtes menneskelig svikt.

Det er viktig å vurdere slike saker i ettertankens lys og spørre seg: Kunne vi gjort noe annerledes? I dette tilfellet kunne en det, for langvarig behandling med dren er risikabelt, og en kunne valgt en annen vei med tidligere og enklere operasjon.

Trykksår og glemte kompresser

Langvarig og alvorlig infeksjon

Pasienten var utsatt for en alvorlig motorsykkelulykke og ble klemte mot et tre. Det førte til at to av brystvirvlene i ryggen ble knust, og ryggmargen ble ødelagt i dette området. Han ble lam i begge beina, og følelsen i beina ble borte. Han fikk også en lammelse av urinblæren og ble avhengig av selvkateterisering. Han ble operert, men skaden var uopprettelig, og han ble rullestolbruker. Det utviklet seg også en alvorlig infeksjon i pungen og store trykksår i setereionen. Han fikk kurer med antibiotika, fysioterapi og trening og kom seg etter hvert ganske godt. Trykksårene ble behandlet ved det lokale legesenteret og av hjemmesykepleien. Men sårene ble store og dype, og det utviklet seg en betennelse i sittebenet (osteomyelitt).

To år etter skaden ble trykksårene grundig revidert ved en spesialavdeling. Han ble operert, og i dybden fant en to gjenglemte kompresser. Det var umulig å avgjøre hvor kompressene kom fra og når de ble glemt igjen, men det var mest sannsynlig at det var skjedd enten på legesenteret eller i hjemmesykepleien. Etter at kompressene ble fjernet, har sårene grodd langsomt, men en kom til at disse kompressene hadde forlenget perioden med de dype og infiserte trykksårene med trekvart år. Han er nå i god bedring og er på attføringstiltak. Han krevde erstatning for følgen av de gjenglemte kompressene og fikk medhold.

Refleksjon

Trykksår er en alvorlig komplikasjon hos pasienter med lammelse, enten de er unge eller gamle. De krever nøyaktighet, tålmodighet og langvarig behandling. Avlastning, antibiotika og omhyggelig sårstell er viktig. Jeg merket på sykehjemmet hvor jeg var lege i nærmere 20 år, at det var store forskjeller mellom pleierne. Noen hadde «grønne fingre» og fikk sårene til å gro. Andre hadde det ikke, og da ble alt verre. Jeg tror at forskjellen var pinlig nøyaktighet.

I dette tilfellet ble det gjort en alvorlig og helt uakseptabel feil da de to kompressene ble glemt igjen i såret. Dermed skjedde det en uheldig hendelse som skyldtes menneskelig svikt. Hendelsen illustrerer hvor viktig det er å ha gode rutiner. Ved vanskelige sårrevisjoner bør det være to som samarbeider, fordi det reduserer risikoen for feil.

S tyrtfødsel, men likevel for sen

Svær hjerneskade

Moren var i slutten av 30-årene og førstegangsgavid. Hun hadde en kronisk sykdom i slimhinnen i livmoren (endometriose) som hadde gjort det vanskelig å bli gravid. Svangerskapet utviklet seg til å begynne med normalt, barnet var passe stort og virket friskt. En knapp måned før terminen fikk hun begynnende tegn på svangerskapsforgiftning med høyt blodtrykk, eggehvite i urinen og hevelse i kroppen. Hun ble derfor lagt inn i sykehuset. Svangerskapsforgiftningen forverret seg, og fødselen ble satt i gang to uker før termin. På grunn av morens sykehistorie ble den betraktet som en risikofødsel. Registreringen fra fosteret viste at det hadde det bra.

Moren ble sliten, men fødselen utviklet seg. Neste morgen gikk fostervannet, som var klart. Det var gode rier, fosterlyden var normal, og hun ble flyttet over på fødestuen. Tre kvarter senere hadde mormunnen åpnet seg helt, og hodet sto på bekkenbunnen. Det var sterke rier, og barnet ble født med vanlig jordmorhjelp et kvarter senere. Barnet var livløst, men ble gjenopplivet av barnelege. Først etter 30 minutter begynte barnet å puste selv. Det viste seg at barnet hadde en svær hjerneskade med cerebral parese, og måtte få næring gjennom magesonde. Barnet døde, trolig av en infeksjon.

Foreldrene søkte erstatning på vegne av barnet, fordi de mente at dette var en risikofødsel som ikke ble overvåket slik den burde ha vært. Hadde det vært gjort, kunne oksygenmangelen og hjerneskaden muligens vært forhindret. Den uavhengige eksperten mente at overvåkingen under fødselen var god helt frem til den siste timen. Da ble det ikke lyttet på fosterets hjerteslag, og det ble ikke oppdaget at fosteret hadde tegn på oksygenmangel som var grunnen til hjerneskaden. Oksygenmangel kan skyldes at riene var hyppige og sterke, eventuelt at morkaken ble skadet eller at navlesnoren kom i klem. Dette kunne vært oppdaget tidligere, enten ved CTG-registrering av barnets hjerteslag eller ved at jordmoren og legen hadde lyttet på fosteret under den siste delen av fødselen. Hvis oksygenmangelen hadde vært oppdaget, kunne barnet vært født 15–20 minutter før, og det kunne muligens ha forhindre hjerneskaden. Barnet fikk derfor erstatning.

Refleksjon

Denne historien var spesielt tragisk, fordi det var morens siste sjanse til å få et barn. Derfor var det også en risikofødsel som skulle vært spesielt overvåket. Hadde det vært gjort, kunne en oppdaget at barnet var truet av oksygenmangel, og forløsningen kunne vært utført tidligere.

Sykehuset hadde god tid til å overveie dette, for moren lå på sykehuset de siste 14 dagene før fødselen med svangerskapsforgiftning. Derfor ble fødselen satt i gang to uker før terminen, og den utviklet seg til en styrtfødsel, som allikevel ble for sen. Hadde sykehuset forberedt seg med fødselslege til stede og god overvåking av fosteret, hadde en kunnet forløst barnet før og muligens forhindre hjerneskaden.

Operert for kreft – dårlig oppfølging

Alvorlig tilbakefall

Pasienten var i pensjonsalderen. Han hadde hatt god helse, men faren hadde hatt tarmkreft. Pasienten fikk også selv påvist kreft i endetarmen som ble fjernet ved en større operasjon. Samtidig ble tykktarmen lagt ut. Legene bedømte situasjonen slik at det ikke var behov for tillegg av strålebehandling eller cellegift. Det satte seg betennelse i operasjonssåret, og han ble operert på nytt 14 dager etter den første operasjonen. Tre måneder senere var såret fortsatt åpent, men det var ikke tegn til tilbakefall av kreften.

Han gikk til kontroll ved sykehuset, og etter knapt ett år ble det klart at det var tilbakefall med spredning av kreften. Det gamle såret ble revidert, og han fikk strålebehandling. Et halvt år senere måtte det gjøres en omfattende ny operasjon med fjerning av blære, prostata og deler av bekkenbenet. Etter operasjonen hadde han mye smerter, og det var vanskelig både å sitte og å gå. Mappen forteller ikke noe om hvordan det gikk videre.

Pasienten og familien var kritiske til sykehusets oppfølging av sykdommen. Dels hadde sykehuset glemt å følge opp med en spesiell blodprøve (CEA) som viser aktiviteten i svulstvevet, og dels følte familien at oppfølgingen manglet system, kontinuitet og engasjement. I den tykke mappen til Norsk pasientskadeerstatning er det et langt brev fra pasientens ektefelle som klager over alt dette:

Oppfølging uten kontinuitet og engasjement

«... Som sagt, vi føler oss lurt. Det er ingen som har ansvaret, og det er mye å forholde seg til veldig ofte. Det var temmelig arrogant med tanke på den tiden dette såret har tatt. Vi traff sjelden samme lege, og vi følte at ingen hadde ansvaret.

Vi føler at vi viste en misforstått lojalitet til sykehuset, som behandlet oss dårlig ...»

Pasienten søkte om erstatning for den dårlige oppfølgingen. De uavhengige ekspertene kom til at tilbakefallet burde vært oppdaget 3–4 måneder før, og det kunne gjort en avgjørende forskjell. Han fikk derfor erstatning.

Refleksjon

Historien forteller om et sørgelig forløp som muligens kunne vært unngått eller iallfall blitt mindre alvorlig og krevd mindre behandling. Det skyldtes ikke mangel på kunnskap, for det dreide seg om alminnelig kunnskap som sykehuset og legene uten tvil hadde. Årsaken var rett og slett mangel på faglig og menneskelig kvalitet. Derfor ble oppfølgingen både faglig dårlig (glemte å kontrollere kreftprøvene) og menneskelig dårlig (manglende engasjement og tillit).

Disse to kvalitetene blir både vanskeligere og mer krevende i alderdommen:

- Faglig får den gamle to problemer. Det ene er alderdommen med reduserte krefter, ofte dårlig hukommelse, nedsatt syn og hørsel og en vanskeligere livssituasjon. Det andre er flere og sammensatte kroniske sykdommer, og så, i tillegg, et akutt helseproblem som helsetjenesten må vurdere og behandle.
- Menneskelig er den gamle ofte ensom, blir lettere deprimert og trenger kontinuitet og tillit.

Dette betyr at helsetjenesten må sørge for etter- og videreutdanning av helsepersonellet og en god faglig og menneskelig kultur på arbeidsplassene.

B Brakk ankelen, forsinket operasjon

Betennelse, smerter, invaliditet

Pasienten var pensjonist med en lang og komplisert sykehistorie. Hun hadde hatt magesår og var operert for dette med fjerning av en del av magesekken (ventrikkelseksjon). For cirka 20 år siden kom det en yrkesskade som førte til prolaps i ryggen og isjias, to ryggoperasjoner og en varig invaliditet på cirka 30 %. Hun hadde vært storrøyker fra ungdommen, hadde utviklet kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og var plaget med dårlig pust og hoste, men hadde nå klart å slutte å røyke. Hun hadde også hatt hjerteinfarkt, hadde angina pectoris og hadde hatt en shuntoperasjon på en av pulsårene til hjertet. På toppen av det hele kom kroniske smerter i håndledd, knær, hofter, skuldre og nakke. Hun gikk til smertebehandling og brukte medisiner for alle sine plager, blant annet prednisolon og antikoagulasjonsbehandling. Hun var altså en eldre person med mange, sammensatte og alvorlige kroniske helseproblemer.

En natt falt hun ned fra en krakk og brakk venstre ankel, ble liggende en stund, men fikk så tilkalt ambulans og kom på sykehus. Ut på morgensiden ble hun operert. Operasjonen ble forsinket, dels som følge av sen ankomst til sykehuset, og dels på grunn av venting på operasjonen. Bruddet var komplisert, og det ble omhyggelig og korrekt operert med plate, skruer og gips. Operasjonen gikk greit, men tre dager senere fikk hun lungebetennelse og ble behandlet med antibiotika.

Etter 18 dager ble gipsen fjernet. Hun hadde da et lite sår på cirka 5 x 5 mm. Såret så uskyldig ut, og det ble ikke gitt noen spesiell behandling for det. To uker senere ble hun flyttet til et spesialsykehus for å sette inn en stent (et kunstig stykke) i en stor vene. Såret på foten hadde vokst til cirka 10 x 6 mm, og det ble gitt antibiotika. Litt senere ble skruene i ankelen fjernet, og såret viste god bedring.

Etter hvert fikk hun smerter i ankelen, og røntgen viste betennelse på bruddstedet (osteomyelitt). Resten av skruene og platen ble fjernet. I de neste månedene økte smertene i ankelen, og røntgen viste stadig betennelse på bruddstedet. Dette var en tung og vanskelig tid for henne, og hun skrev i et brev til Norsk pasientskadeerstatning:

Ikke tatt alvorlig

«I seks måneder ble jeg møtt med mistillit og ikke tatt alvorlig. Dette førte til forsinket og dårlig behandling av infeksjonen på bruddstedet.»

Cirka ni måneder etter bruddet ble ankelen avstivet ved en ny operasjon. Ankelen grodde nå pent, og bruddet var stabilt og i god stilling. Smertene i ankelen ble mindre, men pasienten måtte fortsatt gå med krykker, vesentlig på grunn av smerter i knærne.

Pasienten søkte erstatning for behandlingen på sykehuset. Den hadde kostet nesten ett år med store smerter. Hovedgrunnen var at det tok for lang tid før operasjonen. Dessuten klaget hun over ikke å bli tatt alvorlig av sykehuset fordi man ikke lyttet til henne. De uavhengige ekspertene var enige og ga medhold og erstatning. Sluttresultatet ble omsider ganske bra med god funksjon i ankelen, men det kostet lang tid med store plager.

Refleksjon

Ortopeder vet at tidsfaktoren er viktig hvis en må operere et brudd. Det skyldes at huden som regel står spent over bruddet, og det tåler den dårlig fordi det øker infeksjonsfaren. Det er vanlig å sette tidsgrensen til åtte timer.

Denne pasienten var eldre, og hadde flere alvorlige kroniske lidelser ved innleggelsen i sykehuset for ankelbruddet. Fortellingen illustrerer dermed et alvorlig og vanskelig problem for helsetjenesten og helsepersonellet. Dette var en risiko-situasjon, og helsetjenesten måtte forholde seg til den. Det krevde to ting: dels faglig omtanke og en god og sikker behandling, og dels god menneskelig kommunikasjon som fanget opp pasientens klager og problemer. Dette er selvfølgelig krevende i en travel hverdag, og pasientens mappe fra Norsk pasientskadeerstatning gir inntrykk av at sykehuset sviktet på begge disse tingene: Dels ble pasienten liggende for lenge før operasjonen, dels tok ikke sykehuset nok hensyn til de alvorlige kroniske sykdommene og behandlingen av dem (blant annet prednison), og dels klarte ikke sykehuset å høre på pasienten og få til et godt samarbeid.

Dette er vanlige problemer i eldreomsorgen. Pasienten hadde alvorlige risikofaktorer som skyldtes både alderen, helsen, de kroniske sykdommene og behandlingen for dem. Alt dette krevde god kommunikasjon med pasienten og de pårørende. Dette krever god opplæring av personalet og en god kultur på arbeidsplassen, en kultur som tar hensyn til de eldres sårbarhet, både medisinsk og menneskelig.

Det er skrevet meget om dette, både i den medisinske og i den filosofiske (etiske) litteraturen. Filosofen Hans Skjervheim (1996) siteres ofte. Han sier at det alltid er tre faktorer i helsetjenesten: jeg, du og saken. Helsetjenesten er opptatt av saken og har lett for å glemme du-faktoren, nemlig at alle pasienter er forskjellige, og helsepersonellet må nå inn til hver enkelt av dem. En fersk bok kaller dette medisinsk dannelse og setter denne dannelsen som et mål for utdanningen av helsepersonellet (Alvsvåg 2010).

Helt til slutt kommer en vanskelig tanke. Denne pasienten, som mange eldre pasienter, hadde alvorlige kroniske helseproblemer. De var til dels selvforskyldte og kunne reise en formastelig tanke hos helsepersonellet: Hvorfor skal vi ta mer hensyn til helsen enn pasienten selv har gjort? Svaret er at vi skal det. Det er vår sak å hjelpe pasientene, ikke å dømme dem. Helsepersonellens ansvar springer både ut av vår rolle som gode samaritanere og ut av menneskets iboende verdighet som gir uavhengelige menneskeretter ingen har rett til å sette til side.

Uheldige hendelser – etterpåklokskap og læring

En kilde til kunnskaps- og kulturutvikling

Etterpåklokskap er kanskje den eneste form for virkelig klokskap vi har, men den er kommet i sørgelig miskreditt og ikke aldeles ufortjent. Etterpåklokskapen er ofte selvgod og lettvindt. Men samtidig er den en viktig kilde til læring og endring. Tenk etter: Hver dag smetter tusenvis av biler over gatekryss på gult lys, istedenfor å vente på det grønne lyset, som tar tid. Det er risikabelt, og en sjelden gang smeller det. Alle kjenner fakta, men prøver seg allikevel, og som regel går det bra. Etterpåklokskap burde fått oss til å endre denne vanen og skape en ny *kultur*. I denne kulturen skulle gult lys bety det det betyr: «Ikke prøv deg!» Da må vi vekk fra dagens kultur: «Det går som regel bra!» Etterpåklokskap er en vei til læring og ny kultur.

Fordi etterpåklokskap *er* viktig, skal alle uheldige hendelser i helsetjenesten rapporteres og analyseres. Uheldige hendelser er – i et læringsperspektiv – gull verdt, de er grunnlaget for forebygging og forbedringer. Derfor er det å opprette et **nasjonalt register over uheldige hendelser** det viktigste vi kan gjøre for å hindre at det som ikke skal skje, gjentar seg. Og derfor vil registeret bli den rikeste kilde vi kan ønske oss i helsetjenestens systematiske kvalitetsarbeid.

Etterpåklokskap kan bære galt av sted: pasienter kan bli skrâsikre på at helsepersonellet gjorde feil. Og etterpåklokskapen kan lede helsepersonellet til fortvilelse: hvordan kunne jeg gjøre dette? Min svigerfar, professor Didrik Arup Seip, rektor ved Universitetet i Oslo 1937–1945, sa: «Kunnskaper er det relativt lett å vinne; visdom må en kjempe for å nå.» (Seip 1946). Kunnskapen skal være et middel til å vinne visdom. Et eksempel: For snart 2500 år siden skulle Salomo dømme mellom to kvinner som kjempet om et barn, og begge påsto at det var deres barn. Salomo hørte på dem og fant at ingen hadde beviser. Til slutt sa han: «Vi deler barnet i to, og så kan dere få hver deres halvpart. Det er det eneste rettfærdige». Da ropte den ene: «Nei, da får heller den andre kvinnen få barnet levende». Da sa Salomo: «Du er den rette moren, og du skal ha barnet».

I helsetjenesten krever selv de mest uløselige dilemmaer av og til at en må treffe et valg. Stefan Einhorn, overlege ved Radiumhemmet i Stockholm og professor i etikk ved Karolinska Institutet, definerer visdom som «en dømmekraftig, omtensksom og pragmatisk evne til aktivt å forholde seg til viktige spørsmål som ikke har noe entydig svar» (Einhorn 2009).

Jeg synes at alle pasientfortellinger egger til etterpåklokskap og gir impulser til *kunnskaps- og kulturutvikling*. For meg er etterpåklokskap å ta seg tid til ettertanke og refleksjon. Det er å være åpen og ærlig og tillate denne naturlige, men også modige, veien til fornyelse og vedlikehold av vår erfaringsbaserte kunnskap – den ene av tre hjørnesteiner i en kunnskapsbasert praksis (med den forskningsbaserte og brukerbaserte kunnskapen som de to andre). Jo mer etterpåklokskapen får være jordmor til nye spørsmål, jo mer inspireres også vitenskapen til å komme opp med nye svar.

Ettertanker og refleksjoner

Denne boken består av pasientfortellinger om uheldige hendelser i helsetjenesten og mine refleksjoner. Grunnen til at jeg har skrevet den er at jeg håper den ville treffe folk flest, inkludert helsepersonell og politikere, det vil si alle nåværende og fremtidige pasienter. Håpet er at helsetjenesten kan og vil bygge opp en kultur som verner mot uheldige hendelser. Dette er målet.

Hver fortelling i boken slutter med noen korte refleksjoner om hvordan det kunne hende og hva hendelsen kan lære oss. I dette sluttkapitlet har jeg samlet refleksjonene mine og satt dem i system.

1. Forekomst

Den internasjonale litteraturen konkluderer med at uheldige hendelser forekommer hos cirka 10 % av pasientene som blir lagt inn i vanlige somatiske sykehus (se Hjort 2007). Dette innebærer at den totale risikoen er stor, for det er cirka 850 000 innleggelses i somatiske sykehus om året i Norge. Det betyr at det er cirka 85 000 uheldige hendelser i året ved de somatiske sykehusene i Norge.

Vi har mindre omfattende og pålitelige data for de andre delene av helsetjenesten, det vil si allmennlegetjenesten, psykiatrien og eldreomsorgen, men det er ingen grunn til å tro at forekomsten er mindre her.

Samlet betyr dette at uheldige hendelser er et stort og alvorlig problem i helsetjenesten, og vi er forpliktet til å gjøre det vi kan for å redusere risikoen.

2. Perspektiver

De uheldige hendelsene reiser mange perspektiver, som berører folk forskjellig. Det er kryssende interesser, og folk snakker ofte forbi hverandre. Nedenfor drøfter jeg de forskjellige perspektivene.

1. Det medisinske perspektivet har to sider. Det ene er å forsøke å bøte på de medisinske følgene av hendelsen. Det må gjøres så fort og effektivt som mulig, og det har prioritet foran alt annet. Den andre siden er å ta tak i og bruke lærdommene til det forebyggende arbeidet som skal redusere risikoen for nye hendelser.

2. Det juridiske perspektivet skal ivareta pasientens rett til en god og trygg undersøkelse og behandling uten uheldige hendelser, jevnfør lov om pasientrettigheter. Det rommer også to andre sider:

- Retten til erstatning hvis det er skjedd en feil eller en uheldig hendelse som ikke skulle ha skjedd. I de nordiske landene er dette ivaretatt ved en lov om pasientskadeerstatning, men i mange andre land går disse sakene gjennom det vanlige rettssystemet, og mange pasienter kvier seg selvfølgelig for store advokatutgifter.
- Disiplinering av helsepersonell som har begått feil. I Norge er det Helsetilsynet som tar seg av denne oppgaven.

3. Det økonomiske perspektivet er både stort og viktig. Det er ingen tvil om at de uheldige hendelsene er kostbare. I 2007 forsøkte jeg å beregne kostnadene ved uheldige hendelser i norske somatiske sykehus. Basert på internasjonal forskning kom jeg til at de kostet cirka to milliarder kroner per år (Hjort 2007). Norsk pasientskadeerstatning betalte ut cirka 800 millioner kroner i 2010 (Norsk pasientskadeerstatning 2010). Det er derfor ingen tvil om at utgiftene ved de uheldige hendelsene er meget store.

4. Det tekniske perspektivet blir stadig viktigere, fordi helsetjenesten bygger mer og mer på teknologi. Det er særlig tydelig i fag som kirurgi, anestesi, intensivmedisin, laboratoriemedisin og bildediagnostikk. Jeg tror at alle deler av medisinen blir mer og mer basert på teknologi. Det betyr at hele utstyrsparken må holdes oppdatert og i god orden, personalet må hele tiden følge med i utviklingen av teknikken og i bruken av den.

5. Menneskelige perspektiver. Helsepersonellet må alltid arbeide med to perspektiver – det faglige og det menneskelige. Fagperspektivet spør: Hva slags sykdom eller skade er dette, og hva kan jeg gjøre med det? Menneskeperspektivet spør: Hva slags menneske er denne pasienten, og hvorledes bør jeg forholde meg til det? Dette perspektivet er krevende, fordi menneskene er så forskjellige. Men pasientene er og blir våre medmennesker, og det er vår oppgave å møte dem som det og sørge for at de føler seg møtt (se Løgstrup 1999).

De uheldige hendelsene får ofte livslange følger for pasient og pårørende. De skaper både praktiske, økonomiske og menneskelige konsekvenser, og helsepersonellet må forstå og forholde seg til dem.

6. Det sosiale perspektivet. Det er klare sammenhenger mellom sosial klasse og helse, se for eksempel Wilkinson og Pickett (2010). Uheldige hendelser kan svekke

helsen og skape eller øke uførhet som igjen får sosiale konsekvenser. Dermed blir det sosiale perspektivet viktig.

7. Det pedagogiske perspektivet. Det er vår oppgave å lære av de uheldige hendelsene for å hindre at de skjer igjen og rammer nye pasienter. Derfor er hver eneste hendelse en pedagogisk utfordring. De må analyseres slik at en finner årsakene til dem, en må treffe tiltak, og en må evaluere tiltakene for å sikre at de virker.

8. Utdanningsperspektivet. Alt helsepersonell må lære om to sider ved de uheldige hendelsene. Den ene siden er håndteringen av hendelsen der og da – både de medisinske og menneskelige konsekvensene, og helsepersonellet må lære at unnskyldninger og bortforklaringer gjør ting verre – «complete honesty is the only way». Den andre siden er å drive forebyggende arbeid som skal hindre at hendelsene skjer igjen.

9. Kulturperspektivet. Alle avdelinger i helsetjenesten har sin egen kultur, og den preger personalet og arbeidsmåtene. Det er viktig at avdelingene arbeider med denne kulturen. Som gammel lege føler jeg kulturen når jeg kommer inn på en ny avdeling: Er det rent og pent her, smiler personalet vennlig til meg, snakker de til meg på en hyggelig måte, legger de vekt på kvalitet? Kulturen skaper renommeet, og målet er å være god – helst best. Da er det viktig å forebygge uheldige hendelser.

10. Ledelsesperspektivet er avgjørende, og ledelsen må bygge opp en god kultur i avdelingen. Den må vise pasienter, pårørende og personell at den legger avgjørende vekt på kultur og kvalitet – uten uheldige hendelser.

3. Hvordan kan vi få rede på de uheldige hendelsene?

På en eller annen måte må vi samle konkrete og dokumenterte opplysninger om de enkelte uheldige hendelsene, og det er flere mulige kilder og fremgangsmåter.

1. Vitenskapelige undersøkelser. Det er gjort flere slike undersøkelser i forskjellige land. Stort sett har de foregått slik at en samlet for eksempel 10 000 pasientjournaler fra ett eller flere sykehus. Nøytrale eksperter gikk gjennom journalene og bedømte dels om det var skjedd noe uheldig og dels om resultatet av undersøkelse og behandling var som forventet. Når en samler de undersøkelsene som er gjort, blir konklusjonen at det var skjedd noe uheldig med cirka 10 % av pasientene (se Hjort 2007). Slike undersøkelser oppfattes som «gullstandard», men de er krevende og kostbare, og det er ikke gjort så mange. De er heller ikke gjort på andre områder av helsetjenesten enn i somatiske sykehus.

2. Rapporter fra personalet. Mange institusjoner har innført systemer hvor personalet rapporterer uheldige hendelser. Slike rapporter er viktige. Det er et klart ønske at personalet skal trenes opp til og være villige til å rapportere *alle* hendelser, enten de skyldes dem selv eller andre. For å få helsepersonell til å rapportere, må rapportssystemet lages slik at det ikke forfølger dem som rapporterer, selv om det er gjort noe galt. De ansatte må føle seg helt trygge på dette punktet, og derfor kan det også rapporteres anonymt.

Noen land, for eksempel Sverige, Danmark, England, Australia og New Zealand, har innført et nasjonalt rapporteringssystem og et nasjonalt register for å få en samlet oversikt og et best mulig grunnlag for det forebyggende arbeidet. Rapportene sendes til et nasjonalt senter som er ansvarlig for analyse av hendelsene og for forslag til tiltak og evaluering av tiltakene. Dette senteret må være garantert uavhengig, spesielt av disiplinerende myndigheter.

Det er en aktiv diskusjon om en bør melde *alle* uheldige hendelser til det nasjonale senteret eller om senteret skal begrense seg til de alvorlige hendelsene, mens de mindre alvorlige overlates til institusjonene, både når det gjelder rapportering og oppfølging. Det er laget en såkalt «risikomatrix» som sorterer ut de alvorlige hendelsene, dels fordi konsekvensene var alvorlige og dels fordi det er stor sjanse for at de skal hende igjen (se figur 1).

		Hendelsens alvorlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Stor (3)	Middels (2)	Liten (1)
Hendelsens sannsynlighet	Meget stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Meget liten (1)	4	3	2	1

Figur 1. Risikomatrix («risk matrix») basert på hendelsens alvorlighetsgrad og sannsynlighet for at den skal hende. Matrisen finnes i mange internasjonale publikasjoner (Australian Patient Safety Foundation 2003, National Patient Safety Agency 2001). Denne versjonen er basert på en svensk rapport (Socialstyrelsen 2005). Se også Hjort 2007. Se også denne bokas ramme «Uheldige hendelser – skader og funksjonshemming».

Alle hendelsene må meldes til institusjonen og føre til lokale forebyggende tiltak, mens den nasjonale rapporteringen kan begrenses til de alvorlige hendelsene. Hvis en begrenser seg til de alvorlige hendelsene i det nasjonale systemet, vil en selvfølgelig gå glipp av noen hendelser, men få med de viktigste. Landene har valgt forskjellig her. I England, for eksempel, skal alle hendelser rapporteres, og det nasjonale senteret for pasientsikkerhet får mer enn én million rapporter i året, og dette kan håndteres med gode datasystemer.

Denne diskusjonen er ikke lett. Hittil har jeg ment at alle uheldige hendelser bør rapporteres til det nasjonale senteret, men etter hvert er jeg kommet i tvil. Det kan tenkes at det nasjonale senteret bør begrense seg til de alvorlige hendelsene og overlate de mindre til institusjonene. Det vil begrense det nasjonale arbeidet, men faren er at det blir store forskjeller mellom institusjonene. Noen vil drive en aktiv rapportering og være gode til å følge opp, mens andre kan bli mer likegyldige.

3. Rapporter fra pasienter og pårørende. Slike rapporter kunne være viktige, noe fortellingene i denne boken vitner om. Likevel er de lite brukt i det forebyggende arbeidet. Noen sykehus har et system for klager fra pasienter og pårørende, og jeg har fått se vel 40 slike klager som ble sendt til ett sykehus i løpet av et halvt år. Jeg er ikke i tvil om at et slikt materiale kunne være verdifullt i det forebyggende arbeid ved sykehusene, men det er ikke noen aktiv kultur for det.

Materialet til Norsk pasientskadeerstatning bygger på krav om erstatning fra pasienter og i noen tilfeller fra pårørende. Institusjonene får se klagene og må gi sin versjon og vurdering. Mange sykehus bruker saker fra Norsk pasientskadeerstatning som de selv er involvert i, aktivt i sitt lærende og skadeforebyggende arbeid. Men materialet blir dessverre ikke brukt på en systematisk måte i det nasjonale forbedringsarbeidet.

4. Nasjonalt register over uheldige hendelser. Jeg mener at det bør komme en nasjonal reform slik at sykehus og andre får pålegg om å melde klagene – enten de kommer fra personalet, pasientene eller pårørende – til et nasjonalt register over uheldige hendelser og til å bruke klagene i det forebyggende arbeidet.

5. Andre registre. Det fins både lokale og nasjonale registre for noen tilstander. Eksempler er register for sykehusinfeksjoner – etter for eksempel ortopediske operasjoner, register for fallulykker – særlig ved sykehjem, register for dødelighet innen 30 dager etter operasjon/utskrivning og register for nyfødte med alvorlige skader. Slike registre er verdifulle, og de kan brukes til å evaluere tiltak, for eksempel mot postoperative infeksjoner, men de kan ikke erstatte det nasjonale registeret.

6. Konklusjon. Det er en stadig internasjonal diskusjon om meldesystemer. Ett eksempel er Danmark som innførte et nasjonalt rapporteringssystem i 2004. I de følgende årene kom det et økende antall meldinger, og i 2008 kom det vel 21 000 meldinger. En fersk vurdering konkluderer med at rapporteringen fremdeles er ufullstendig og at meldesystemet må bygge på mange forskjellige kilder (Jensen et al. 2010). Jeg tror dette er en viktig konklusjon.

4. Hvem har egentlig ansvaret for de uheldige hendelsene?

Dette er et vanskelig spørsmål, fordi ansvaret er delt mellom mange, så mange at en kan tenke: Det alle har ansvaret for, har ingen ansvar for. Derfor tar jeg med dette avsnittet.

1. Helsepersonellet har selvfølgelig hovedansvaret. De må se og lytte til pasientene og de pårørende, forstå problemene, planlegge og utføre behandlingen. Moderne medisin er ofte lagarbeid, og mangelfull eller uheldig kommunikasjon er ofte årsaken når noe går galt. Kommunikasjonsproblemer kan oppstå både i forhold til pasienter, pårørende og annet helsepersonell som deltar i behandlingen. Helsepersonellet må selvfølgelig også ha oppdatert kunnskap, følge de gitte prosedyrene og beherske teknologien.

2. Arbeidsgiverne har ansvaret for å organisere tjenestene på en god og effektiv måte og for å bygge opp et godt arbeidsmiljø og en kultur for samarbeid og åpenhet. En viktig del av denne kulturen er å forebygge og håndtere uheldige hendelser. Her er det store forskjeller mellom arbeidsplassene. Noen tar for eksempel ansvar for at alle uheldige hendelser blir rapportert og analysert slik at de kan drive et systematisk forebyggende arbeid. Andre forholder seg mer passivt til hele problemet.

3. Helsedirektoratet har et overordnet faglig ansvar for helsetjenesten og dermed også for det som går galt i helsetjenesten. Så vidt jeg vet, har Helsedirektoratet ikke noe eget program for å redusere uheldige hendelser.

4. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten var tidligere en del av Helsedirektoratet, men er nå et selvstendig senter som arbeider med å styrke den kunnskapen helsetjenesten bygger på. Kunnskapssenteret har flere avdelinger, og en av dem er Avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet som innbefatter Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Enheten arbeider både med prosjekter innenfor sikkerhetsarbeidet og med konferanser, men den har *ikke* innført et nasjonalt rapporteringssystem for uheldige hendelser. Så lenge det ikke fins et slikt system, har

ingen – og heller ikke Kunnskapssenteret – oversikt over de uheldige hendelsene i helsetjenesten. Dermed har det etter mitt skjønn heller ikke oversikt over og ansvar for analyser og forebyggende arbeid. Mange andre land har laget et nasjonalt rapporteringssystem og har dermed et helt annet statistisk grunnlag for det forebyggende arbeid.

5. Helsetilsynet er en selvstendig institusjon som har et formelt ansvar for kvaliteten i helsetjenesten. Alle fylkeslegene er underordnet Helsetilsynet. De vurderer både klager og problemer. De enkle tilfellene avgjør de selv, mens de alvorlige blir meldt til Helsetilsynet som har ansvaret for disiplinerende beslutninger. Helsetilsynet kan gi helsepersonell advarsel eller, i alvorlige tilfelle, ta fra dem lisensen. Det er derfor en alvorlig sak å bli rapportert til Helsetilsynet. Siden Helsetilsynet har disiplinerende myndighet, bør det ikke ha ansvar for å organisere meldinger om uheldige hendelser. Erfaringen fra mange land er at helsepersonell kvier seg for å melde hvis det kan innebære en risiko for straff.

6. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede politiske ansvaret for helsetjenesten og dermed også for det som går galt. Departementet går imidlertid ikke inn i enkeltsaker.

7. Norsk pasientskadeerstatning er en selvstendig institusjon som har til oppgave å ta imot, vurdere og avgjøre søknader om erstatning fra pasienter og pårørende. Siden 2003, da pasientskadeloven trådte i kraft, er Norsk pasientskadeerstatning erstatningsrettslig ansvarlig for skader som omfattes av pasientskadelovens virkeområde. Vilåret for å få erstatning er at noe har gått galt, som regel en uheldig hendelse i form av en behandlingssvikt. Hvert eneste tilfelle blir grundig vurdert og bygger på rapporter fra pasienten, fra tjenestestedet og fra uavhengige eksperter. Det er viktig å understreke at Norsk pasientskadeerstatning ikke har noe ansvar for å treffe tiltak mot institusjoner eller helsepersonell, og de rapporterer ikke de uheldige hendelsene til noen. Men Norsk pasientskadeerstatning har et selvstendig ansvar for å legge til rette for at opplysninger om statistikk og oversikt over skader, skadeomfang og risiko gjøres tilgjengelig i det skadeforebyggende arbeidet.

8. Den syke og familien har et ansvar for å bidra til et godt forhold til helsepersonellet. Det innebærer at en forteller om sine plager og drøfter tiltak med personalet. Det gjelder å finne en god form som ikke er preget av urimelig klaging. Det blir lett konflikter mellom et stresset personale og en krevende pasient. En bok om hjemmesykepleien i Oslo beskriver slike konflikter på en måte som er både rystende og gripende (Panagiotaki 2009).

9. Universiteter og høyskoler har ansvar for utdanning av helsepersonell og forskning. De skal undervise studentene om uheldige hendelser, og de skal drive forskning om årsaker og tiltak. Etter mitt skjønn har dessverre ingen av dem gjort uheldige hendelser til en stor og viktig sak i undervisning og forskning.

10. Konklusjonen på dette avsnittet er at ansvaret for de uheldige hendelsene i vårt land er pulverisert. Derfor er realiteten at ingen har ansvaret. For meg er dette en opprørende konklusjon, både når jeg tenker på pasienter, pårørende, helsepersonell og økonomi – Norge bruker cirka 180 milliarder kroner (2009) i året på helsetjenesten.

5. Hvem bør ha ansvaret for å lede arbeidet med (eller mot) de uheldige hendelsene?

Dette spørsmålet er både lett og vanskelig. Det er lett fordi jeg ikke er i tvil om at én institusjon bør ha ansvaret, og det er vanskelig fordi det er uenighet om hvor ansvaret bør plasseres. Grunnen til denne uenigheten er at så mange har et delansvar, slik jeg viste i det forrige avsnittet. Grunnen er også at det er tale om to helt forskjellige typer av ansvar:

- Det ene er ansvaret for det *forebyggende* arbeidet. Dette går ut på å fremme alle tiltak som kan redusere uheldige hendelser i helsetjenesten.
- Det andre er ansvaret for det *disiplinerende* arbeidet. Dette går ut på å holde god orden på helsepersonellet, det vil si å advare, disiplinere og eventuelt straffe personell som har skyld i uheldige hendelser. Eksempler kan være helsepersonell som er ruset på jobben eller ikke holder seg oppdatert og kan faget sitt.

Disse to ansvarsområdene må holdes strengt atskilt, og de må ha to forskjellige rapporteringsveier som ikke har noen forbindelse med hverandre. Og det til tross for at det kan være den samme melderer som melder begge veier.

De landene som har innført nasjonale rapportssystemer for uheldige hendelser, har derfor opprettet en selvstendig organisasjon for dette som er atskilt fra alle andre organisasjoner. Særlig er det viktig at den er atskilt fra dem som har et administrativt og/eller disiplinerende ansvar for institusjoner og personell. Dette fremgår gjerne av navnet, for eksempel National Center for Patient Safety.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet som vi har i Norge, har i mine øyne to alvorlige mangler:

- Den ene er at senteret er en del av Kunnskapssenteret som har andre oppgaver og nære bånd til Helsedirektoratet (Nasjonalt kunnskapssenter 2009).

- Den andre er at senteret ikke har villet opprette et nasjonalt register over uheldige hendelser og ikke har pålagt alle institusjonene i helsetjenesten å rapportere slike hendelser (eller i det minste de alvorlige) på en standardisert måte.

Etter mitt skjønn er det nødvendig å innføre dette så snart som mulig. Det er lett å finne gode modeller i andre land.

6. Forebygging av uheldige hendelser

Forebyggende arbeid krever et stadig engasjement og oppfølging. Ett eksempel er det amerikanske Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) som utgir årlige rapporter om dette arbeidet i USA (Agency for Healthcare Research and Quality 2009).

Det er vanskelig å dokumentere at uheldige hendelser kan forebygges, ganske enkelt fordi det er vanskelig å måle forekomsten av hendelser på en pålitelig måte. Men internasjonalt er det enighet om at cirka halvdel av hendelsene kan forebygges (se Hjort 2007). Et par regnestykker viser at dette arbeidet burde være lett å finansiere:

- Internasjonalt er det enighet om at uheldige hendelser på somatiske sykehus fører til gjennomsnittlig syv ekstra liggedøgn. I Norge skulle det bety 7 liggedøgn x 85 000 hendelser = 595 000 ekstra liggedøgn (se Hjort 2007). Regner en at ett liggedøgn på norske sykehus koster cirka 5 000 kroner og at forebygging halverer antallet ekstra liggedøgn, ville sykehusutgiftene kunne reduseres med cirka 1485 millioner kroner i året.
- I 2010 utbetalte Norsk pasientskadeerstatning cirka 800 millioner kroner i erstatninger. Etter deres egne vurderinger skyldes mer enn tre fjerdeparten av utbetalingene skader som kunne vært unngått og dermed forebygget (Rolf Gunnar Jørstad. Personlig meddelelse 2010). Erstatningsutgiftene ville dermed kunne reduseres med cirka 600 millioner kroner.

Å finansiere forebygging av uheldige hendelser, burde altså være det enkleste i verden. Men som alltid er forebygging vanskelig å finansiere fordi de sparte utgiftene ligger i fremtiden og som regel kommer til andre budsjetter enn til dem som skal betale forebyggingen.

I det følgende antyder jeg de viktigste linjene i det forebyggende arbeidet.

1. Tiltak basert på rapporterte hendelser. De rapporterte hendelsene skal analyseres, slik at en finner årsakene til at de hendte. Tiltakene må rette seg mot de sannsynlige årsakene, og de må komme raskt og få både tyngde og oppmerksom-

het. Mange tiltak bør være lokale og rettes mot årsakene til lokale hendelser, men det bør også komme nasjonale tiltak når det er funnet grunn til det. Det er viktig at tiltakene får oppmerksomhet og støtte fra ledelsen, slik at personalet går inn for dem. Det er også behov for mer generelle tiltak som settes inn mot hyppige og vanlige hendelser. Her er to internasjonale eksempler:

- Sykehusinfeksjoner er et stort problem, og Verdens helseorganisasjon har laget et eget program for å redusere disse infeksjonene. Programmet heter «Clean Care» (World Alliance for Patient Safety 2005) og har dokumentert effekt.
- Feil bruk av legemidler er et stort problem, og det er laget egne IKT-programmer som reduserer slike feil (se Hjort 2007).

2. Utdanning er en nøkkelfaktor. Jeg har holdt mange forelesninger om uheldige hendelser for studenter i medisin og i sykepleiefag. Mange studenter gruer seg for disse hendelsene. Helsetjenesten er slik at en uheldig hendelse før eller senere vil hende dem alle, med alle de konsekvenser det kan få for både pasienter, pårørende og dem selv. Derfor sa jeg til studentene at de må engasjere seg i det forebyggende arbeidet og bygge opp en mental beredskap for hvorledes de skal håndtere hendelsen når den kommer.

Kanskje er det forebyggende arbeidet enda viktigere og mer konkret i videre- og etterutdanningen. Der arbeider en med de medisinske spesialitetene og kan arbeide mer konkret med uheldige hendelser i ens egen spesialitet, for eksempel anestesi eller ortopedisk kirurgi, som har mange uheldige hendelser.

3. Prosedyrer og retningslinjer blir mer og mer vanlige i helsetjenesten. Det er viktig at de følges nøyaktig og at de revideres løpende. Prosedyrene og retningslinjene må selvfølgelig ta hensyn til kunnskaper om årsakene til uheldige hendelser i de forskjellige spesialitetene. Ett eksempel er bruken av «sjekklister» i kirurgien (Haynes et al. 2009).

4. Teknologi er årsak til en del av de uheldige hendelsene, ikke minst i de kirurgiske fagene. Problemene kan skyldes at det er en feil i et apparat, at teknologien ikke er oppdatert eller at personalet ikke bruker den riktig. Derfor krever teknologien løpende arbeid, oppdatering, undervisning og tilsyn.

5. Kultur og ledelse er grunnleggende. Institusjonene må bygge opp en god kultur som tar sikte på å forebygge og håndtere uheldige hendelser på en god måte (Singer et al. 2009). Det er avgjørende at ledelsen ved institusjonene engasjerer seg i dette arbeidet. Ledelsen må prioritere det og vise de ansatte at den synes dette er viktig. Et tiltak er å føre løpende statistikk som viser forskjeller mellom institusjoner, og målet er selvfølgelig å bli best i klassen.

7. Målet er gode helsetjenester, ikke bare å unngå skade

Målet med denne boken er å fortelle historier som viser hva som kan gå galt i helsetjenesten for at denne kunnskapen skal bli brukt til å forebygge uheldige hendelser. Dette er i tråd med Hippokrates' legeed der det blant annet heter: «Jeg vil etter evne og beste skjønn gi forskrifter om livsførsel til gagn for de syke, og verge dem mot slikt som fører til skade og urett.» (Ruyter, Førde, Solbakk 2007).

Å unngå skade er, som Hippokrates fremhever, selvfølgelig et viktig mål, men det egentlige målet er, som han også fremhever, en god helsetjeneste som er til gagn for pasientene. I stedet for å forsøke å forklare hva det er, slutter jeg med to historier.

Den første er fra min tid i hematologien (blodsykdommene). De to store amerikanske hematologene på den tid var Maxwell Wintrobe, som skrev sin enorme lærebok (Wintrobe et al. 1974), og Carl Moore som var viden kjent som kliniker og lærer. Her viser jeg et sammendrag fra en av Moores klinikker, og budskapet var: «Listen to the patient».

Listen to the patient!

The patient was an elderly lady with many and complex symptoms. The young doctor presented the case in a dull and rambling manner. Carl Moore interrupted him and said to the patient: «Ma'am, what do *you* think your diagnosis is?» The patient answered: «20 years ago, Dr. Wintrobe said I had pernicious anemia.» Carl Moore asked: «Why didn't you tell the young doctors?» The patient answered: «I tried to, but they told me to be quiet and answer their questions.»

Den andre historien er fra min første jobb, i 1950. Jeg var assistent for distriktslege Åge Johansen på Sandane i Nordfjord. Han hadde vært i distriktet i 25 år. Vi hadde felles venteværelse, og en formiddag kom han inn til meg og sa: «Du må reise i sykebesøk.» Jeg sa at venteværelset var fullt og at sykebesøket fikk vente. «Nei,» sa han, «du drar med en gang,» og så føyde han til: «Du kommer ikke tilbake uten diagnose!» Det var tre mil til den lille fjellgården, og pasienten var en gutt på 12 år. Han hadde 41,5 °C i feber, og det var intet å finne ved undersøkelsen. Jeg hadde jo distriktslegens ordre og satte gutten opp på sengekanten og spinalpunkterte ham. Da kom diagnosen dryppende ut av nålen i store, blakke dråper. Gutten hadde hjernehinnebetennelse, fikk penicillin og ble frisk. Da jeg kom tilbake til kontoret, laget jeg et utstryk av spinalvæsken, farget det og viste distriktslegen de lett synlige bakteriene (meningokokkene) i mikroskopet. Og så kommer poenget. Jeg spurte

ham: «Hvordan kunne du vite at gutten var så syk?» Da svarte han: «Det var *noe* i morens stemme da hun ringte.» Dette «noe» hadde han oppfattet og forstått, og det reddet guttens liv. *Det* var god helsetjeneste, og distriktslegen ble min rollemodell.

8. Konklusjoner

Uheldige hendelser er et stort problem som skaper lidelse, fortvilelse og store utgifter. Likevel er det ofte skjult, for både pasienter, pårørende, personell og politikere.

Det er mitt håp at Norge vil ta et mer aktivt grep om dette problemet, i likhet med flere andre land. Det er etter mitt skjønn to forutsetninger for det:

- Den ene er å sørge for at Nasjonalt senter for pasientsikkerhet blir **uavhengig av alt administrativt ansvar i helsetjenesten** og uavhengig av alle organisasjoner som har et slikt ansvar.
- Den andre er å opprette et **nasjonalt register over uheldige hendelser**, eventuelt for de alvorligste hendelsene, mens de mindre overlates til institusjonene. Rapportene må følges opp med analyse av årsaker og forebyggende tiltak og arbeid.

Av grunner som jeg ikke forstår, er Norge blitt hengende etter mange andre land i dette arbeidet. Derfor har jeg skrevet denne boken, og jeg håper at pasientfortellingene kan gjøre et så stort inntrykk at også vårt land tar opp et målbevisst arbeid for å rapportere, forebygge og håndtere de uheldige hendelsene i helsetjenesten.

Litteratur

Agency for Healthcare Research and Quality. *National healthcare quality report 2009*. www.ahrq.gov/qual/qrd09.htm.

Alvsvåg H. *På sporet av et dannet helsevesen. Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribes, 2010.

Australian Patient Safety Foundation. *Advanced incident monitoring system. Collect, classify, analyse, learn*. Adelaide: APSE, 203.

Den norske legeforening. *Behandling av neonatal hypoksi*. Oslo: Den norske legeforening, 2008. <http://legeforeningen.no/id/131817.0>.

Einhorn S. *Veien til visdom*. Oslo: Cappelen Damm, 2009.

Felleskatalogen over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge. 52. utgave. Oslo: Fagboksforlaget, 2010.

Gilman AG, Rall TW, Niew AS, Taylor P. *Goodman and Gilman's The pharmacological basis of therapeutics*. 8th edit. New York: Pergamon Press, 1990.

Gjerding ML. *Vil stoppe Helsetilsynets overvåking*. Verdens Gang 14.06.2010.

Hanssen L. *Tordentale til sykehustoppene*. Vårt Land 22.06.2010.

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360: 491–99.

Helsedirektoratet. *Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*. Oslo: Helsedirektoratet 2010.

Hislop V. *Øya*. Oslo: Schibsted, 2007.

Hjort PF. *Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal, 2007.

- Hjort PF. *Alderdom, helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
- Jensen HI, Christensen M, Hansen MD, Jørgensen SJ et al. Patiensikkerhed i medicinsk teknologi – vurderingsperspektiv. *Ugeskr Læger* 2010; 172: 1606–9.
- Johannessen RV. *Tilbake til livet*. Oslo: Aschehoug, 2010.
- Joint Commission International (JCI). *Patient safety: Essentials for health care. International edition*. Oakbrook Terrace, Illinois 60 181: JCI, 2006.
- Løgstrup KE. *Den etiske fordring*. 3. utgave. Oslo: Cappelen, 1999.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. *Årsrapport 2008*. Oslo: Kunnskapssenteret, 2009.
- National Patient Safety Agency. *Doing less harm*. London: NPSA, 2001. (www.npsa.nhs.uk/static/reporting.asp).
- Norsk pasientskadeerstatning. *Årsmelding 2009*. Oslo: Norsk pasientskadeerstatning, 2010.
- Panagiotaki E, Adjø Felicia. *Hjemmesykepleien i det rike Norge*. Oslo: Spartacus, 2009.
- Patientsäkerhetsutredningen. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* Statens offentliga utredningar. SOU 2008: 117. Stockholm 2008.
- Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
- Seip DA. *Hjemme og i fiendeland*. Oslo: Gyldendal, 1946.
- Senter for medisinsk metodevurdering. *Lubalt skiveprolaps med rotaffeksjon. Behandlingsformer*. Oslo: Sintef Unimed. SMM-rapport Nr. 1/2001.
- Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Management Review* 2009; 34: 300–11.
- Skjervheim H. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug, 1996.

- Socialstyrelsen. *Händelseanalys och riskanalys. Handbok för patientsäkerhetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.
- Sosial- og helsedirektoratet. *Årsmelding 2006*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
- Statens helsetilsyn. *Årsrapport 2008*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009.
- Statens helsetilsyn. *Tilsynsmelding 2008*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009.
- Statistisk sentralbyrå. *Statistisk årbok 2009*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2009.
- Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level. Why equality is better for everyone*. London: Penguin, 2010.
- Wintrobe MM, Lee GR, Boggs DR et al. *Clinical haematology*. 7th ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1974.
- Wootton D. Bad medicine. *Doctors doing harm since Hippocrates*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- World Alliance for Patient Safety. *Global patient safety challenge 2005–2006. Clean care is safer care*. Geneva: World Health Organization, 2005.

