
Pasientklager etter vektreduserende kirurgi 2012–18

KORT RAPPORT

RANDI STØRDAL LUND

randi.stordal.lund@siv.no

Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst

Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Hun har bidratt med idé, datainnsamling, analyse og tolkning av data, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Randi Størdal Lund er spesialist i arbeidsmedisin og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JENS KRISTOFFER HERTEL

Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst

Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Han har bidratt med tolking av data, revisjon av manus samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Jens Kristoffer Hertel er ph.d., genetiker og seksjonsleder for forskningsavdelingen. Han er styremedlem i Norsk forening for fedmeforskning.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

RUNE SANDBU

Avdeling for kreft og kirurgi

og

Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst

Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Han har bidratt med tolking av data, revisjon av manus og godkjenning av innsendte manusversjon.

Rune Sandbu er dr.med., spesialist i kirurgi, avdelingssjef og seniorrådgiver.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JØRAN HJELMESÆTH

Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst

Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

og

Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin

Universitetet i Oslo

Han har bidratt med tolking av data, utarbeiding og revisjon av manus samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Jøran Hjelmæsæth er spesialist i indremedisin og i nyresykdommer, senterleder og professor II. Han er leder av Nasjonalt råd for ernæring.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Vi undersøkte saker fremmet for Norsk pasientskadeerstatning (NPE) etter vektreduserende kirurgi, inkludert bakgrunnen for klagen, andel pasienter som fikk medhold, og kjennetegn ved saker der klager fikk medhold.

MATERIALE OG METODE

Samtlige klagesaker knyttet til vektreduserende kirurgisk behandling i perioden 2012–18 ble gjennomgått og kategorisert med henblikk på symptomer, funn og hendelser med relevans for utfallet av klagesaken. Anonyme resyméer fra de sakkyndiges uttalelser ble gjennomgått og kategorisert etter årstall for vedtak, kjønn, alder, grunnlag for medhold eller avslag på erstatning samt hvorvidt behandlingen var utført i offentlig eller privat regi.

RESULTATER

Det ble gitt medhold i 44 (26 %) av totalt 171 søknader om pasientskadeerstatning. Disse søknadene kom fra 25 pasienter som var operert i det offentlige (19 % medhold) og 19 pasienter operert i det private helsevesenet (51 % medhold). Den hyppigste enkeltårsaken til medhold (n = 18) var manglende indikasjon for vektreduserende operasjon.

FORTOLKNING

Manglende indikasjon utløste medhold i flere klagesaker etter vektreduserende kirurgi enn kirurgtekniske feil. Riktig pasientutvelgelse, god preoperativ forberedelse, god informasjon og samvalg er viktig for best mulig resultat av vektreduserende kirurgi. Et tverrfaglig team som følger pasientene over tid, kan bidra til å kvalitetssikre hele behandlingsskjeden.

Hovedfunn

De fleste klagerne søkte erstatning for påregnelige plager og komplikasjoner.

Den hyppigste enkeltårsaken til medhold i klagesakene var manglende indikasjon for inngrepet, hovedsakelig innen privat helsetjeneste.

Selv relativt alvorlige plager og komplikasjoner gav ikke medhold dersom helsehjelpen ble ansett å være korrekt utført.

Kirurgtekniske feil forekom relativt sjelden.

Vektreduserende kirurgi har blitt et vanlig inngrep ved norske sykehus. Årlig utføres nå i underkant av 3 000 operasjoner, litt under 2 000 i offentlig helsetjeneste og 1 000 i privat helsetjeneste (1). De fleste pasienter oppnår god vektreduksjon og bedring av fedmerelaterte følgesykdommer etter inngrepet (2, 3), og forekomsten av perioperative komplikasjoner er lav (4). Risikoen for plagsomme langtidsbivirkninger og komplikasjoner er imidlertid fortsatt relativt høy (3).

Pasienter som mener de har blitt påført en skade etter behandling i helsetjenesten, kan søke om erstatning gjennom Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Det skal foreligge svikt i helsehjelpen for at klager skal få medhold.

Formålet med denne rapporten var å kartlegge og identifisere vanlige og betydelige skader etter vektreduserende kirurgi som det ble søkt erstatning for. På bakgrunn av disse resultatene vil vi drøfte tiltak som kan redusere omfanget av slike skader.

Materiale og metode

Vi analyserte anonyme data fra alle ferdigbehandlede klagesaker hos Norsk pasientskadeerstatning vedrørende vektreduserende kirurgi i perioden 1.1.2012–31.12.2018. Hovedforfatter fikk tilgang til anonymiserte data fra NPE-pasientdatabasen. De har tillatelse til å oppbevare data i henhold til arkivloven (5) og etter samtykke som gis i forbindelse med erstatningssøknad. Basert på disse dataene kan Norsk pasientskadeerstatning ved søknad utlevere data til kvalitetsanalyser basert på pasientdatabasen. Databasen er anonym etter helseregisterloven § 2, det vil si at opplysningene ikke kan tilbakeføres til noen enkeltperson, og bruk av databasen krever ikke fritak fra taushetsplikten.

Samtlige resymeer av de sakkyndiges uttalelse i de ulike sakene ble gjennomgått og kategorisert etter årstall for vedtaket, klagers kjønn og alder, grunnlag for medhold eller avslag på erstatning samt hvorvidt behandlingen foregikk i offentlig eller privat regi.

Sakene ble i tillegg kategorisert med henblikk på symptomer og pre-, peri- og postoperative hendelser. Kategoriseringen gjengis ikke numerisk, dels på grunn av at symptom- og funnbeskrivelse ikke var uttømmende, og dels av personvern hensyn, tross anonyme data, knyttet til potensiell gjenkjenning av pasient eller behandler når det er få saker innen en kategori. Av sistnevnte årsak er flere kategorier for medhold slått sammen, se tabell 1.

Tabell 1

Klagesaker der Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har gitt medhold etter vektreduserende kirurgi 2012–18.

Medholdskategori i NPE	Årsak oppført i medholdsvedtaket	Antall (totalt)	Offentlig helsetjeneste	Privat helsetjeneste
810	Ikke indikasjon for operasjon	18	3	15
811	Burde vært operert (reoperert) tidligere	4	4	0
812	Feil behandlingsteknikk eller metode	7	7	0
816/817/818/819/844/828/845/ Unntaks-bestemmelse	Ulike årsaker ¹	15	11	4
Sum	Alle	44	25	19

¹Mangelfull eller manglende kontroll etter behandling / Mangelfull sikring, overvåking, tilsyn / Mangelfull, manglende eller feil medisinerings / Ufullstendig eller ikke igangsatt undersøkelse eller behandling / Mangelfull utredning, funn ikke fulgt opp / Kommunikasjonssvikt eller mangelfull informasjon / Feil utført undersøkelse eller prøve / Andre forhold, ikke nærmere redegjort for

Resultater

I undersøkelsesperioden (2012–18) ble det operert omtrent dobbelt så mange pasienter i offentlig helsetjeneste ($n \approx 14\ 000$) som i privat helsetjeneste ($n \approx 7\ 000$) (Jorun Sandvik, Norsk forening for fedmekirurgi, personlig meddelelse). Totalt 171 personer (72 % kvinner) med gjennomsnittsalder 40 år søkte om pasientskadeerstatning etter vektreduserende kirurgi. 134 av disse var operert innen offentlig helsetjeneste, og 37 pasienter var operert i regi av privat helsetjeneste. Det ble gitt medhold i 44 (26 %) saker, hvorav 25 saker fra offentlig helsetjeneste (19 % medhold) og 19 saker fra privat helsetjeneste (51 % medhold). Fire av sakene gjaldt dødsfall etter inngrepet, to i hver av de sistnevnte kategoriene.

De fleste erstatningssøknadene var basert på en eller flere av følgende symptomer og plager: kroniske smerter, ernæringsproblemer, diaré, kvalme, asteni, uønsket vektutvikling og hypoglykemi. Flere av de angitte symptomene og plagene var overlappende.

Den hyppigste selvstendige enkeltårsaken til at Norsk pasientskadeerstatning gav medhold ($n = 18$), var at det vektreduserende inngrepet var foretatt på sviktende grunnlag (kategori 810: Ikke indikasjon for operasjon), 3 av disse innen offentlig og 15 innen privat helsetjeneste (tabell 1). I vedtaket om medhold var det lagt til grunn at pasienten a) ikke hadde forsøkt konservativ behandling i tilstrekkelig grad før kirurgi, b) ikke var skikket til denne type kirurgi pga. psykisk ($n = 6$) eller fysisk helsesvikt, c) ikke var tilstrekkelig informert om inngrepet og rekkevidden av dette, d) ikke fikk tilstrekkelig oppfølging, og/ eller e) ikke fylte kroppsmasseindeks (BMI)-kriteriet for inngrepet i henhold til god medisinsk praksis ($n = 10$). Ingen av pasientene hadde anført noen av disse forholdene som klagegrunnlag i sin søknad.

Andre saker hvor pasientene fikk medhold, tilskrives kirurgtekniske feil som anastomoselekkasje, rotasjon av anastomose, rifter og perforasjoner i tarm eller tilstøtende organer. Disse forholdene var hyppigste årsak til medhold i offentlig helsetjeneste.

Andre årsaker som ga grunnlag for erstatning, var for rask utskrivning, bruk av smertestillende medikamenter som bidro til maskering av symptomer, manglende oppfølging av prøvesvar samt mangelfull forståelse av symptomers alvorlighetsgrad og dermed forsinket erkjennelse av kirurgisk komplikasjon.

I flere av resymeene var eksakte opplysninger om kirurgisk metode utelatt. Dette ble derfor ikke gjenstand for analyse.

Diskusjon

En lav andel pasienter, færre enn 1 % av de som ble operert med vektreduserende kirurgi, søkte om erstatning. De foreliggende data tyder på at det var en relativt større andel av pasienter som ble operert innen offentlig helsetjeneste, som søkte om erstatning, mens andelen som fikk medhold, var høyere innen private helsetjeneste. Årsaken til denne diskrepansen er ukjent. En mulig forklaring til at relativt færre privatopererte pasienter søkte erstatning, kan være at Norsk pasientskadeerstatning ikke dekket private helsetjenester før 2009. Kjennskapet til at denne ordningen er utvidet, kan fortsatt være mangelfull.

Erstatningssøknadene var i stor grad fremmet på bakgrunn av symptomer eller plager som er velkjente bivirkninger etter vektreduserende kirurgi, eventuelt ledsaget av kjente, men sjeldne kirurgiske komplikasjoner. Medhold forutsatte imidlertid at det hadde skjedd en svikt i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten.

Den vanligste årsaken til medhold var «ikke indikasjon for inngrepet» (41 % av sakene), de fleste av disse innen privat helsetjeneste. I henhold til nasjonale retningslinjer er vurdering av operasjonsindikasjon en spesialistoppgave (6). Aktuelle kandidater er personer med BMI ≥ 40 kg/m² eller BMI 35–39,9 kg/m² og samtidig vektrelatert følgesykdom. Pasienten skal først i minst seks måneder ha forsøkt vektreduksjon ved hjelp av andre metoder i samarbeid med helsepersonell eller seriøs kommersiell aktør. Alvorlig psykisk sykdom og rusmisbruk er relative kontraindikasjoner. Preoperativ omlegging av livsstil anses som nødvendig for et godt resultat. Det synes for enkelte pasienter å være for kort vei fra et ønske om lavere vekt til gjennomføring av vektreduserende kirurgi, og enkelte tilbydere reklamerer med kort eller ingen ventetid (7).

Det påhviler behandler et stort ansvar for å sørge for at inklusjons- og eksklusjonskriterier er grundig vurdert og dokumentert. Pasienten må informeres om både fordeler og ulemper som følge av vektreduserende elektiv kirurgi, slik at lege og pasient sammen kan velge den best egnede behandlingsmetoden (3, 4).

Den offentlige spesialisthelsetjenesten plikter å utdanne kirurger og anestesileger. Det kan dermed tenkes at personell med mindre operasjonserfaring enn kolleger i det private, utfører disse prosedyrene på offentlige sykehus og at kirurgtekniske feil dermed lettere kan oppstå. Alle slike inngrep bør ledes og overvåkes av erfarne

spesialister. Videre er betydningen av adekvate volumer en kjent forutsetning for gode kirurgiske forløp. Det er ikke sikkert at dette er like godt ivaretatt på alle offentlige sykehus.

Korte og fragmenterte behandlingsløp kan øke risikoen for feil pasientutvelgelse (kategori 810) og manglende erkjennelse av postoperative komplikasjoner (kategoriene 811 og 812). Trolig vil behandling i tverrfaglige team, hvor det samarbeides om pasientopplæring, forundersøkelser og postoperativ oppfølging over tid, bidra til å redusere risikoen for at slike feil oppstår.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Sandbu R, Svanevik M. Fedmekirurgi i Norge – fritt fram? Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0346. [PubMed][CrossRef]
2. Aftab H, Risstad H, Søvik TT et al. Five-year outcome after gastric bypass for morbid obesity in a Norwegian cohort. Surg Obes Relat Dis 2014; 10: 71–8. [PubMed][CrossRef]
3. Jakobsen GS, Småstuen MC, Sandbu R et al. Association of bariatric surgery vs medical obesity treatment with long-term medical complications and obesity-related comorbidities. JAMA 2018; 319: 291–301. [PubMed][CrossRef]
4. Salte OB, Søvik TT, Risstad H et al. Fedmekirurgi ved Oslo universitetssykehus 2004–14. Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0495. [PubMed][CrossRef]
5. LOV-1992-12-04-126. Lov om arkiv. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-126> Lest 17.10.2016.
6. Helsedirektoratet. Overvekt og fedme hos voksne. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. IS-1375. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf/_/attachment/inline/24ec824b-646d-4248-951f-db6b867ce6cb:4e0740b933ffd5bc03c8f0fdcab00b4135fe4ae9/Overvekt%20og%20fedme%20hos%20voksne%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20forebygging,%20utredning%20og%20behandling.pdf Lest 17.10.2016.
7. Hjelmæsæth J, Sandbu R. Er det helseskadelig med kort ventetid? NRK Ytring 17.3.2014. https://www.nrk.no/ytring/helseskadelig-med-kort-ventetid_-1.11611121 Lest 17.10.2016.

Publisert: 9. november 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0194
Mottatt 5.3.2020, første revisjon innsendt 5.6.2020, godkjent 7.7.2020.
Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.