



METODERAPPORT SKUP 2011



Ødelagt i helsevesenet

May Linn Gjerding, Mona Grivi Norman,
Mathias Jørgensen, Arild Myhre, Anders Park Framstad,
Dan Kåre Engebretsen og Tom Byermoen

Ødelagt i helsevesenet

Innsendere:

May Linn Gjerding
Mobil: 415 30 324
E-post: may.linn.gjerding@vg.no

Mona Grivi Norman
Mobil: 957 80 073
E-post: mona.norman@vg.no

Mathias Jørgensen
Mobil: 938 02 125
E-post: mathias.jorgensen@vg.no

Arild Myhre
Mobil: 905 48 979
E-post: arild.myhre@tk.no

Anders Park Framstad
Mobil: 414 64 875
E-post: anders.park.framstad@nrk.no

Dan Kåre Engebretsen
Mobil: 950 88 686
E-post: dan.kare.engebretsen@vg.no

Tom Byermoen
Mobil: 957 31 220
E-post: tom.byermoen@vg.no

Redaksjon:

Verdens Gang
Reportasjeavdelingen
Pb. 1185 Sentrum, 0107 Oslo
Sentralbord: 22 000 000

Publisert

30.05.2011	VG	Anslaget: Fem dør daglig
	VG	40 liv ødelagt
	VG	Halvparten av feilene kan forebygges
	VG Nett	Mikkelsen: Halvparten kan forebygges
	VG Nett	Fem dør hver dag
	VG Nett	Peter Franks dødssyk etter feil
	VG Nett	Samlegrafikk - Ødelagt i helsevesenet
	VG Nett	Lesernes egne historier
	VG Nett	Mistet adoptivbarn etter sprøyteslurv

Ødelagt i helsevesenet

VG Nett	Olve (42) måtte fjerne øyet
VG Nett	Drømmer om stemmen hennes
VG Nett	Emilie (5) ble hjerneskadet
VG Nett	Tonjes fødsel endret loven
VG Nett	Slo av strømmen mens Elias ble født
VG Nett	Magni: Jeg synes veldig synd på legen
VG Nett	Elsa: Åpnet opp ryggraden mens hun sov
VG Nett	Arnes siste ønske
VG Nett	I tre år glemte sykehuset Berits lungekreft
VG Nett	Kjempet fem år for erstatning
VG Nett	Christian (6) gikk to år med hjernesvulst
VG Nett	Vigdis ble stum og lam etter rutinekontroll
VG Nett	Legene diskuterte i 36 timer, Thorstein døde
VG Nett	Lone (11) ble skadet for livet etter legetabbe
VG Nett	Alpinstjernen Matthias unødvendig amputert
VG Nett	Ramzan fikk ett bein indre etter sår på tåen
VG Nett	Wenche ble hvit etter kjemisk peeling
VG Nett	Ingunn ble fratatt medisiner hun trengte
VG Nett	Fratatt erstatning fordi han var døds syk
VG Nett	Kroniske smerter etter epidural
VG Nett	Legene overså kreften til Vibeke
VG Nett	Legene ga opp Preben (11)
VG Nett	Livslange fantomsmerter
VG Nett	Christian ble alvorlig syk etter tabbe
VG Nett	Kunne ha reddet leggen til Alf
VG Nett	Geir ble sendt hjem - mistet foten
VG Nett	Døde 50 meter fra legevakten
VG Nett	Oksygenmangel førte til hjerneskode
VG Nett	Måtte mase for å få fjernet kreftsvulst
VG Nett	Døde ett døgn etter fødselen
VG Nett	Nikolai (3 dager) døde etter svikt
VG Nett	Benjamin døde etter benbrudd
VG Nett	Elisabeth døde mens legen sov
VG Nett	Rådet om juice - døde av dehydrering
VG Nett	Sendt hjem fra legevakten - døde i bilen
VG Nett	Ble stråleskadet under operasjon
VG Nett	Isak døde etter mandeloperasjon
VG Nett	Døden nær etter feiloperasjon
VG Nett	Helseministeren: - Gjør et enormt inntrykk
VG Nett	Susanne (23): - Drømmen min er å få løpe igjen

31.05.2011

VG	De må stå skolerett
VG	Mistet adoptivbarn etter sprøyteslurv
VG	Om lesersvar: - Et enormt engasjement
VG Nett	Lars E. Hanssen: - De må stå skolerett
VG Nett	Nabolandene leder på sikkerhetsarbeid
VG Nett	Olve har fått hundrevis av støttemeldinger

Ødelagt i helsevesenet

01.06.2011	VG VG VG Nett VG Nett VG Nett	Kirurg: - Jeg jobbet 100 timers uke i to måneder Ufattelig at de får lov Kirurg: - Jeg jobbet 100 timers uke i to måneder Kan redde liv ved å lære av oljebransjen 7000 sykehusdødsfall kan ikke forklares
02.06.2011	VG VG Nett VG Nett	Fryses ut etter feil: Leger er redde for å bomme Maratonvakter er klart lovbrudd Leger fryses ut etter feil
03.06.2011	VG VG VG Nett VG Nett VG Nett	5000 i erstatningskø NPE-undersøkelsen Slakter NPE Tett på nett Må kjempe for erstatning
04.06.2011	VG	Sturla Pilskog, lege: Jakten på syndere
06.06.2011	VG	Ingunn Aase, lektor UiS: Sikkerheten må økes
07.06.2011	VG VG VG TV	Peters siste ønske Per Helge Måseide, redaktør: Kan legetabber unngås? Dødssyke Peters siste ønske: - Hør på meg!
08.06.2011	VG Nett	Førstedivisjonskeeper operert i feil kne
09.06.2011	VG VG	Tok grep - færre skadet Helseminister Strøm-Erichsen: I trygge hender
10.06.2011	VG VG Nett	Sindre Høyland, UiS: Systemet som virker Mann (70) døde etter datatrøbbel på sykehus
12.06.2011	VG VG Nett	Einar Plyhn, pårørende: Gransk helsetilsynet Helseministeren: - Legene skal stilles til ansvar
15.06.2011	VG	Nå skal legenes arbeidstid granskes
18.06.2011	VG VG Nett	Peters kamp er over Peter ble offer for legetabbe - nå er han død
20.06.2011	VG	Legenes økonomi går foran
21.06.2011	VG	Morten Finckenhagen, lege: Pasienten har ansvar
22.06.2011	VG	Erna vil skjerpe pasientsikkerheten
25.06.2011	VG	Unødvendige personskader på sykehus: 2 milliarder

Ødelagt i helsevesenet

25.06.2011	VG Nett	NPE: Kunne vært unngått
27.06.2011	VG VG Nett	1 av 4 frykter sykehuskade 1 av 4 frykter skade
11.07.2011	VG Nett	Undersøker legers overtid med stikkprøver
06.10.2011	VG VG VG Nett VG Nett	I fjor: 4500 dødsfall De dødelige feilene Rapport: - 4500 dødsfall skyldes sykehuskader Helseministeren lover full offentlighet
17.10.2011	VG VG	Sjekklisten som skal hindre legefeil Opererte feil kne - innførte sjekkliste
06.12.2011	VG VG Nett	Skadet for tre milliarder Sjekk sykehusenes erstatningsutbetalinger
09.12.2011	VG	Nasjonal offensiv mot feilbehandling

Innledning

Vi håpte det skulle slå i offentligheten da vi etter flere måneders kildearbeid presenterte 40 mennesker som hadde blitt ødelagt av feil og svikt i det norske helsevesenet. Serien utløste stort folkeengasjement, debatt og handling. På toppen av det hele delte 554 lesere sine lignende, tragiske historier.

Det flermediale prosjektet "Ødelagt i helsevesenet" startet med en idé tuftet på fire års jobbing med særlig fokus på helsevesenet. Gjennom systematisk overvåking av saker i Helsetilsynet, kontakt med pasienter og aktører i helsetjenesten har vi over tid kunnet avdekke både enkeltsaker, systemsvikt og det store omfanget av alvorlige feilbehandlinger.

Oppsiktsvekkende mange fortalte at de ikke ble hørt, og at de ikke en gang hadde fått en unnskyldning fra behandlingsinstansen som forvoldte skaden. I stedet måtte mange slåss i årreis for selv de minste erstatningsbeløp.

At dette skjer mot enkeltpersoner, er velkjent. Men det som før var en pasientskjebne, så opprørende at den ble slått opp på førstesiden, kan i dag være vanskelig å få på trykk. Slik har et dypt alvorlig samfunnsproblem og en desto viktigere helsejournalistikk sjeldnere fått sette dagsorden, til tross for eksempler som viser at det nytter: Helseministeren fikk på plass en stor pasientsikkerhetskampanje i kjølvannet av to svært rystende pasientsaker, som først ble belyst i VG.

Ødelagt i helsevesenet

En tid før prosjektet begynte jeg å tilby nettrekaksjonen etter min mening viktige helsesaker, som ville ha endt opp som notiser i papirutgaven. De ble publisert i full lengde på nettet. Der så vi at mer kompliserte og politiske saker som ikke nådde opp i papiravisen, fikk overraskende høye lesertall og skapte ivrig debatt på nettet.

Da vi publiserte en nettsak om mulig feilbehandling, kontaktet plutselig 30 lesere meg i løpet av få timer. Da fikk jeg ideen om hva som kunne sette samfunnsproblemet på dagsorden for alvor: Det enorme omfanget.

Flere i redaksjonen hadde vanskelig for å tro på det daværende anslaget om at 80 000 mennesker blir skadet og 2000 dør av pasientskader hvert år i Norge. Det var i så fall ti ganger flere enn dem som dør i trafikken. Selv om beregningen var omtalt flere ganger tidligere – oppdaget jeg at omfanget ikke var etablert, verken på huset eller blant sentrale aktører og ansatte i helsevesenet.

Enda mindre etablert var det at minst halvparten av skadene kunne vært unngått med et mer systematisk fokus på behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. I stedet ble ofre ofte ansett som "enkeltskjebner" og de bakenforliggende årsakene ofte ignorert.

Denne metoderapporten handler om hvordan vi gikk frem for å finne 40 ansikter på de tusenvis av dramaene som pågår i stillhet i Norge. Den handler om hvordan vi samlet inn historiene og publiserte dem samtidig for å tydeliggjøre omfanget. Og ikke minst handler den om hvilke flermediale metoder og teknikker vi brukte for virkelig å nå ut via papir, nett og levende bilder. Seriens samleside på VG Nett fikk 1,5 millioner treff.

Rapporten beskriver også hvordan historiene dannet plattformen for videre systemkritikk, nyhetsdekning og debatt om pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid.

I fjor var 115 000 pasientopphold forbundet med skade, hevder Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten i en nyere kartlegging. Det er nesten hvert femte opphold. Skadene rammer tilfeldig. Tusener har blitt revet ut av sine normale liv. Vi snakker også om økte behandlingsutgifter og enorme samfunnsøkonomiske kostnader når så mange går fra arbeidsliv til trygd.

Det kunne vært deg, meg, dine barn, ektefelle eller foreldre. Skadeomfanget gjør at temaet angår oss alle. Dette handler om kvaliteten og sikkerheten på helsetjenesten den dagen du eller dine trenger behandling.

Risiko for at feil, svikt eller uhell skjer i helsevesenet vil det alltid være. I serien har vi aldri fremmet noen nullvisjon når det gjelder feil, men gitt innblikk i rystende historier som vitner om feil som kunne vært unngått.

Vi har ikke dekket en løpende nyhetshendelse, eller et enkeltstående tips, men via utholdende journalistisk lagarbeid synliggjort systemfeil som koster liv og helse.

- May Linn Gjerding, Oslo 4. januar

Når og hvordan kom arbeidet i gang, hva var ideen som startet det hele?

I begynnelsen av februar 2011 møtte VGs team Øyvind (63).

En lege granskes for å ha latt Øyvind og minst tre andre menn gå med smerter og ubehandlet kreft over flere år. Først i 2010 fikk han vite at han har ondartet kreft. Det hadde legen som granskes visst i fire år, uten å informere eller sette ham i behandling for. En av mennene døde og Statens helsetilsyn gransket saken.

VGs reporter ønsket flere tips i saken da det forelå indikasjoner på at flere pasienter kunne være rammet. Men samme dag som artikkelen ble publisert i papiravisen, 8. februar, uteble responsen fullstendig.

VG Nett ble derfor bedt om å publisere artikkelen om Øyvind, som ble blant de mest leste på www.vg.no den dagen. Reporteren mottok usedvanlig mange engasjerte e-poster/henvendelser fra lesere på en enkeltsak: 30 stykker i løpet av noen timer.

Folk fra hele landet fortalte om angivelige feil eller svikt i behandling de selv, eller kjente hadde fått i helsevesenet. Mange var for syke og slitne til å orke en klageprosess eller erstatningssak.

Det ble laget et par oppfølgingssaker, og pågangen på e-post fortsatte i dagene som fulgte. Mange lesere delte også sine meninger om saken i kommentarfeltet.

Flere års henvendelser fra enkeltpersoner og dekning av enkeltstående saker, kjennskap til saksmengdene i systemet til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og feilproblematikk meldt inn til Helsetilsynet indikerte omfattende skadeomfang. Da e-postresponsen på sakene om Øyvind fortsatte, kom ideen:

Hva med å dreie bort fra enkeltskjebneperspektivet og synliggjøre massiviteten i anslått skadeomfang ved å samle flere pasientfortellinger, og sette dem i sammenheng?

Øyvind og engasjementet som fulgte var dråpen, som utløste ønsket om "å gjøre noe mer". Og den gode responsen etter saker publisert på nettet, trigget ideen om at serien også skulle kommunisere interaktivt og publiseres på nettet.

Hva var den sentrale problemstilling ved starten av prosjektet?

Vi foreslo å lage en serie på tre dager. En vignett på serien kunne senere fungere som knagg til relaterte saker med kritisk blick på systemene, og gjøre det lettere å få dem på trykk. Vi satte opp en kjøreplan. Den mest sentrale problemstillingen var: Hvordan skulle

Ødelagt i helsevesenet

vi løse prosjektet med caser, anslag og nyhetssaker på alle plattformer? Det innebar spørsmålene under.

- a) Hvilke og hvor mange pasienthistorier skulle med? Vi ville ha caser som reflekterte beskrive et spekter av problematikk som går igjen i pasientskadesakene.
- b) Hvorfor dør flere tusen nordmenn av feilbehandling eller svikt ved norske sykehus hvert eneste år?
- c) Hva er skadeomfanget i Norge? Hvordan er nivået sammenlignet med andre land?
- d) Hvorfor har det ikke vært gjort mer for å bedre pasientsikkerheten. Hvor bør forbedringen skje?
- e) Hvordan kan vi få best mulig kontakt og interaktivitet med leserne?
- f) Vi må innhente statistikk over klagesaker, identifisere hvem som bør ansvarliggjøres og hvor i systemet problemene skapes.
- g) Hva slags tendenser år igjen i klagesaker?
- h) Hvilke nyhetssaker skal med - og hvilke sentrale problemstillinger skal løftes frem?

Tidlige mål med serien

For å utvikle et slikt prosjekt var det viktig å ha mål og sikte på. Vi definerte tidlig hva vi ønsket å oppnå med arbeidet.

- a) Større fokus på feilbehandling i Norge - engasjement og debatt! Økt bevisstgjøring rundt dette både for pasienter, myndigheter og helsevesen slik og at man ser på systemene og sykehusene slik at man unngår mange av de unødvendige feilene.
- b) Løfte frem omfang, og vise at feilbehandling er mer enkeltskjebner, men et samfunnsproblem som innebærer svikt på system- og individnivå.
- c) Synliggjøre pasientenes kamper om å bli trodd, få bevist sin sak - og bare de ytterst få som prøver evt. tapte dårlig forlikte saker i rettsapparatet.
- d) Større ansvar for sykehusledelse (og helsepersonell?) for å unngå feil/grove feil. Bidra til bedre pasientsikkerhet og bedre hjelp til pasienter som blir skadd.
- e) Vise hva som er sykt i systemet: For eksempel at lange økter gir svekket konsentrasjon/ økt fare for feil.

Redegjør kort for hva som er genuint nytt i saken

(sett mot evt. tidligere offentliggjort informasjon)

- Systematisk gjennomgang av de 40 pasienthistoriene og de 554 leserhistoriene som kom i forbindelse med serien, dokumenterte bredden i det store antallet pasienter som opplever seg feilbehandlet. Det viste også hvordan de etter skaden slet med å bli trodd, med å finne fram i regelverk og til egne rettigheter - og med å få erstatningen de har krav på.
- Gjennom pasienthistoriene har vi dokumentert alvorlig feilbehandling og svikt som kunne ha vært unngått, og vi viste frem de store kampene en rekke enkeltpersoner i Norge gikk gjennom etter at de, eller deres nærmeste hadde blitt skadet eller døde.
- Vi dokumenterte at en rekke vedtatt feilbehandlede pasienter ikke ble fulgt opp, eller ble informert om feil/svikt fra behandlingsinstansen som forvoldte skaden.
- Et flertall av de 40 pasientcasene våre var kritiske til NPE og opplevde et system som var vanskelig å forstå. Mange opplevde NPE som en motstander.
- Av de 27 pasientcasene som hadde fått saken sin ferdig behandlet i NPE, anket halvparten vedtak eller erstatningssum til en høyere instans.
- Vi førte statistikk over hva innsenderne fortalte. Her er noen eksempler ut i fra et utvalg på hundre innsendte historier:
 - 26 prosent beskrev at de måtte overbevise legen om at de virkelig var syke, og først etter mas og overtaling hadde de fått riktig og nødvendig helsehjelp. Det gjaldt særlig mange mødre med alvorlig syke spedbarn.
 - 28 prosent beskrev en lang kamp for å bli trodd i helsevesenet, for å forstå erstatningsregler og for å få erstatning de mente de hadde krav på.
 - 15 prosent fortalte om svikt eller feilbehandling som skal ha ført til dødsfall. Dette var særlig i forbindelse med sen diagnostisering av kreft, fødsler eller graviditet.
- Gjennom sakene våre dokumenterte vi at flere av feilene som fører til unødvendige dødsfall på norske sykehus, ble gjort igjen og igjen. Blant gjengangerne som forårsaket alvorlig skade eller død var: Feilmedisineringer, komplikasjoner under operasjoner, feil faglig vurdering, dårlige prosedyrer og manglende organisatorisk tilrettelegging.
- I serien fremla vi at et lavt antall meldinger om feil og svikt i helsevesenet meldes til Helsetilsynet. I 2010 fikk helsetilsynet 2000 meldinger - rekordmange, men likevel et lavt antall sett opp mot det totale skadeomfanget (minst 80 000).
- I serien viste vi at Norge ikke har noen registreringssystem som gir full oversikt over hvor mange som dør eller blir skadet etter svikt i helsevesenet.

Ødelagt i helsevesenet

- Vi fant at antatt skadeomfang, til tross for tidligere omtale, ikke var etablert blant sentrale aktører og ansatte i helsetjenesten og vakte oppsikt: Hvert år skades minst 80 000 og 2000 mennesker dør av pasientskader i Norge. Administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Sør-Øst stilte seg bak anslaget, og pekte på at målinger som er gjort i senere tid viste det samme nivået som Hjort kom frem til.
- Vi fremla helsevesenets egen oppfatning om at halvparten av feilene kan forebygges. Det store forbedringspotensialet opplevdes overraskende for leger, pasienter og øvrig publikum, da vi presenterte dette i serien.
- Gjennom sakskomplekset ble det dokumentert mangler i systemer og rutiner for måling av kvalitet, meldesystemer og tilbakemelding på norske sykehus.
- Vi fikk dokumentert at anonyme leger ved Stavanger universitetssjukehus fortalte om 100 timers arbeidsuke over flere måneder og om kirurgvakter hvor man kan bli stående å operere i opptil 30 timer. Enkelte går i vaktplaner som representerer halvannet årsverk – før overtid.
- Vår datagjennomgang av erstatningsutbetalinger viste at Akershus universitetssykehus HF er «skadever sting» i Sykehus-Norge: De forvoldte mest i skadeutbetaling per pasient av helseforetakene 2006-2010. På fem år skadet de pasienter for over 186 millioner kroner.
- Vi fikk frem at Norge har manglende tilgjengelige data for kvaliteten i det norske helsevesenet, og lå etter nabolandene på dette området. Svenske pasienter kan velge behandlingssted ut i fra 130 ulike kvalitetsmålinger offentliggjort på nettet. I Danmark forelå flere kvalitetsmålinger av sykehus. I Norge hadde praktisk talt intet skjedd siden et titall statistikker ble lagt ut på frittsykehusvalg.no i 2004.
- Vi viste at Norge lå etter nabolandene i pasientsikkerhetsarbeid: Først i fjor år satt Helse- og omsorgsdepartementet i gang en landsdekkende pasientsikkerhetskampanje. I Sverige og Danmark har helsemyndighetene kjørt knallhardt på økt pasientsikkerhet i en årrekke.

Kort beskrivelse av organiseringen av arbeidet

**Metodebruk, kildebruk, problem underveis mv.
Redegjør spesielt for kildebruk og kildekritikk.**

Vi redegjør for utfordringer og kildekritikk knyttet til de konkrete metodene under hvert punkt hvor det er aktuelt:

Fra at en reporter startet med jobben, utviklet prosjektet seg til et skikkelig lagarbeid. Det gikk flere kvelder med å svare lesere som tok kontakt etter reportasjen om Øyvind (63), og meldte om svikt i helsevesenet. Reporteren snakket med flere pasienter som var mulige caser, og laget et prosjektutkast/tidlig forslag til kjøreplan.

Ødelagt i helsevesenet

Ideen var utviklet en ukes tid før presentasjon internt, og ble godt mottatt av nyhetsleder og avdelingsleder på Reportasjeavdelingen.

Det lå an til en omfattende jobb. May Linn ble i mars fristilt til å ordne grunnlaget for serien, og jobbet heltid med denne fra begynnelsen av februar og frem til ferieavvikling i juli. Kollega Mona Grivi Norman sa ja til å bli med på jobben. Hun var da vikar, og jobbet med caser mellom andre arbeidsoppgaver de første månedene.

Sammen oppsøkte vi pasientskadeadvokater, og hadde flere møter for å samle caser. Vi gikk også gjennom tipsene sakene om Øyvind (63) genererte.

Det ble tidlig etablert tett dialog mellom papir og nett. Journalist Mathias Jørgensen fra VGTV begynte å jobbe med dokumentarene allerede i mars. Da vi nærmet oss oppløpet i mai ble mangeårig vaksjef Arild Myhre fra papiravisen og reporter Anders Park Framstad fra VG Nett med. Den siste uken før første publisering jobbet fire reportere på heltid med prosjektet.

VG designs Simen Grytøyr og Håvard Lotsberg og utviklingsavdelingen ved Dan Kåre Engebretsen og Tom Byermoen på VG Nett nedla stor innsats og det var dugnadsånd over hele teamarbeidet. Samarbeidet mellom journalistene og flere multimediale medarbeidere var viktig for å få sakene til å leve lenger, enn de gjør på papir alene.



Innsamlingsfasen

Bakgrunnsinformasjon

Kildemøter: Gamle og nye kilder ble oppsøkt for å se på problemstillingene fra ulike ståsted. Vi fikk innspill til skriftlige og muntlige kilder som kunne belyse saken. Fra arbeidet startet i februar, kontaktet vi sykehusledelse, pasientombud, Stortingets helse- og omsorgskomiteé og ressurser som kunne gi oss viktig bakgrunnsinformasjon. Vi systematiserte forløpende informasjonen i den stadig voksende saksmappen. Vi innhentet også erfaringer fra leger om det å gjøre feil som hadde alvorlige konsekvenser og hva de ser som hovedproblem, og mulige forbedringsområder.

Bredt søk i postjournaler og skriftlige kilder og databaser:

Vi søkte bredt i postjournaler og skriftlige kilder i helseforetakene, Helsetilsynet,

Ødelagt i helsevesenet

Pasientombud, Retriever, Den norske legeforening, årsrapporter og statistikker i NPE, kunnskapssenteret.no og en rekke andre ressurssteder på nettet i inn- og utland for settes oss inn i hva som var skrevet om tematikken – og meislet forløpende ut mulige nyhets saker og så etter de mest potente innfallsvinklene i dag.

Pasienter

Slik innhentet vi innhentet et stort antall mulige caser, som vi systematiserte etter skade, alder, kjønn, type pasientskade, sykdom, forløp og status.

- **Tipsgjennomgang:** Vi startet med å gå gjennom tipsene som kom inn i forbindelse med sakene om Øyvind. Det var få av tipsene som kom inn via VG Nett som egnet seg, da flere av sakene var noen år gamle og uetablerte i klageinstanser eller uprøvd hos NPE eller i rettsapparatet.
- En gjennomgang av VGs tipsdatabase ga flere titalls navn vi kunne ta kontakt med.
- **Advokater:** Vi kontaktet fire advokatfirmaer som er de største i sine felt på personskadesaker, for å få tak i caser og innspill om systemproblemer. De fant frem flere saker som hadde blitt tatt videre til rettssystemet etter avslag i NPE og Pasientskadenemnda.
- **Egne saksarkiver:** Vi gikk gjennom egne arkiv, tok kontakt med de største advokatfirmaene på feltet, og kontaktet også Statens helsetilsyn samt helsepolitikere: Vi brukte alle kanaler vi kom på, som kunne gi oss nye, viktige historier.
- **Lovdata:** Gjennomgang av nyere pasientskadesaker førte også til caser vi brukte.
- **Spring av personer:** Flere saker som vi hørte om gjennom helsetilsynsrapporter brukte vi tid på å identifisere pasienten, og gjorde søk etter ID blant skriftlige og muntlige kilder.
- **Innhenting av dokumentasjon:** Parallelt med det brede casesøket hentet vi inn dokumentasjon fra personer som ville medvirke, enten direkte eller via advokater. Det ble tatt mange telefoner hvor det gjaldt å identifisere saksforhold. Disse samtalene kan være tidkrevende da innholdet var av en så personlig og ofte tragisk og vond art. Mange ønsket også å få tanken bak serien grundig forklart.

Vi hadde på ulike tidspunkt kontakt med rundt 80 personer: De var aktuelle til å være blant de 40 casene. Strenge kriterier (se pkt 9.8.) for hvilke pasienthistorier vi skulle ha med, gjorde at utvalget stadig ble snevret inn.

Kildekritikk til innsamlingsfasen

Da vi snakket med et bredt spekter av mennesker, instanser og aktører var det viktig å være bevisst på deres ståsted eller agenda. Selv om sykehusansatte gjerne pekte på systemfeilene, så vi at noen feil skyldes feilvurderinger eller tabber.

Ødelagt i helsevesenet

Noen var også usikre på om de orket å stå frem, selv om de var interessert i å bidra. Det var mange runder for å forsikre oss om at en offentliggjøring av saken var riktig for dem.

Vi oppdaget tidlig at det var svakheter og fallgruver forbundet med tall publisert av Kunnskapssenteret for helsetjenesten. De fleste pasient- og kvalitetsundersøkelsene tok utgangspunkt i så små utvalg at konfidensintervallene – de statistiske feilmarginene – ble altfor store til at det var mulig å rangere sykehus og slik skape konkurranse på behandlingskvalitet til beste for pasienten.

Vi har spurt mange kilder innenfor helsemyndighetene om hvorfor de ikke har skaffet data gode nok for en slik rangering, så lenge det er et uttalt mål å bedre pasientsikkerheten i Norge. Vi har aldri fått noen gode svar, og det gjorde oss desto mer kritiske til de tallene som lot seg fremskaffe.

Samlegrep

Vi drodlet oss frem til hvordan vi skulle ta tak i et kjent tema på en ny måte, da i sær ved bruk av flermediale virkemidler.

De første visuelle ideene var inspirert av kampanjer for trafikksikkerhet eller narkotika som kan ha vist et antall ansikter for å illustrere skadeomfang. En grov, håndtegnet skisse over mulig løsning var første steg i arbeidet med å få til en spesiallaget samleside og dynamikk i publiseringen på nett og papir.

Etter én måneds intens jobb med caser og utvikling av kjøreplan for prosjektet, kontaktet vi nettleidelsen. 3. april hadde vi første møtet med Redaksjonell utvikling på VG Nett, VG TV og redaksjonsledelsen i papiravisen. Det tette samarbeidet med VG Nett gjorde at vi tidlig kunne samkjøre jobben med å løse prosjektet på alle VGs plattformer.

Valget falt på en løsning der vi hadde korte varianter av alle historiene i papir og alle artiklene i full lengde på VG Nett. Noen hovedhistorier ble også brettet ut i papiravisen, og videodokumentarer (se punkt 9.9.) ble laget til flere saker.

Kildekritikk ved bruk av samlegrep

Det var krevende å fortelle så mange komplekse og sensitive historier parallelt. Vi valgte å jobbe ut alle sakene som om de skulle kunne være hovedoppslag i VG. Altså skulle alle ha fullstendig dokumentasjon, bakgrunnsamtaler og tilsvar fra involvert helsepersonell – uansett om noen av sakene fikk mindre plass.

Det ville være en utfordring dersom pasienter opplevde at deres sak ikke fikk oppmerksomheten eller settingen de hadde håpet. På nett er det ubegrenset plass og løsningen ved å ha de komplette sakene på nett ble tatt godt i mot av pasientene.

Skriftlige kilder og fritak fra taushetsplikt

Vi ba om så mye skriftlig dokumentasjon som mulig for å kvalitetssikre og skaffe oss et eget bilde av svikten eller skaden. Det innebar nøye gjennomgang av journaler, brev fra fastlege/sykehus, operasjonslogger, klager og vurderinger fra NPE, sakkyndige rapporter, helseforetakenes egen gjennomgang, klagesaker og vedtak fra Pasientskadenemnda og dommer.

Vi lagde en mal der pasientene kunne velge å frita alle aktuelle kilder for taushetsplikten jfr. § 13 a1. i forvaltningsloven. Samtlige av våre hovedcaser skrev under, slik at behandlingsinstanser og helsepersonell kunne komme med tilsvar og kommentarer.

Alle helseforetak, bortsett fra Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) respekterte pasientenes ønske om at de skulle svare i deres sak. I de sakene ble det derfor ekstra viktig med grundig dokumentasjon.

Kildekritikk til skriftlige kilder

Vi søkte veiledning fra fagpersoner for å forsikre at de skriftlige kildene var riktig oppfattet. De kunne også bidra til å forklare årsakssammenhenger, vurdere hvor alvorlige feil eller svikt var og komme med bakgrunnsinformasjon for medisinske områder vi omtalte.

Intervjuer og oppfølging

Fra midten av februar gjorde vi noen intervjuer med pasienter eller pårørende. Gjennom intervjuene kartla vi også ulike problemstillingene de hadde erfart.

Personlige møter: I de hovedhistoriene, la vi vekt på å treffe menneskene det gjaldt personlig etter innledende samtaler på telefon. Det skulle bli flere dagsturer utenbys. I tilfellet hvor en pasient bodde i Tromsø, VGs reporter på lokalkontor satt på saken. Telefonintervjuer/Skype: Det ble gjort en rekke telefonintervjuer også. Det ble mange lange samtaler over tid. En annen av pasientene, Magni Hveem var på ett års treningsopphold i USA. Kontakten med henne foregikk først via foreldrene og flere videointervjuer ble gjort over Skype.

Som et hovedoppslag: Vi valgte å jobbe ut alle sakene som om de skulle kunne være hovedoppslag i VG. Et flertall av historiene er også så viktige, opprørende og dramatiske at de kunne vært større reportasjer i VG på egenhånd.

Faktasjekk: Påstander og fakta måtte ettergås, både underveis og senere i prosessen.

Ødelagt i helsevesenet

Valg av caser

Vi ønsket en miks av saker både når det gjaldt skader, problemstillinger, alder, kjønn og hvor i landet personene bodde. Alle våre lesere skulle kunne finne noen å identifisere seg med.

Etter at vi hadde gjort innledende intervjuer og samtaler, valgte vi oss ut noen hovedcaser til papiravisen. For eksempel: Magni Hveem som med masse positivitet kjempet seg tilbake på beina etter en feiloperasjon som gjorde henne lam. Hege Thorén som opplevde at adopsjonsprosessen ble stoppet da legen påførte henne hepatittsmitte. Berit Danielsen som hadde fått uhelbredelig kreft etter at sykehuset glemte å melde fra om kreftkulen.

Fire sterke saker vi håpte ville komme under huden på leserne, ble spurt om å ta del i videodokumentarer. De var ulike i problematikk og skadetype, og skulle fronte serien.

Kontakt med 80 pasienter

Kontakten med totalt 80 personer som bar på tunge opplevelser, var en givende men svært omfattende oppgave. Mange var preget av utmattende kamper og har mye oppdemmet frustrasjon mot helsepersonell eller systemet som forvolte skaden.

Vi førte et system for å beholde den jevnlige kontakten i skjemaet om casene: Når hadde vi sist kontakt? Hvilke avtaler var gjort om neste kontakt? Hva gjensto for saken? Hvem hadde behov for ekstra oppfølging?

Det gikk flere måneder fra vi først hadde kontakt, til de aktuelle pasienthistoriene ble publisert på VGs plattformer. Når de hadde betrodd oss sin personlige historie, var det viktig med jevnlig oppfølging. De skulle være fullt orientert om hvordan deres vitnesbyrd ble behandlet, og i hvilken setting det ville bli stående i.

Kildekritikk til pasientintervjuer

Selv om pasienter har alvorlige skader, trenger ikke den være forårsaket av feilbehandling eller svikt. Dette var vi hele tiden bevisst på.

Hvordan kunne vi vite at det vi ble fortalt, stemte?

Fakta og påstander ble sjekket med alle tilgjengelige kilder. Det var et krav å innhente tilsvarende fra sykehus, lege eller andre berørte. Vi kontaktet også fylkesleger, helsetilsyn, NPE, domstolene, politiet og jurister i flere av sakene hvor det var aktuelt. I flere av sakene fantes det skriftlig dokumentasjon, for eksempel fra tilsynet og rettsvesenet.

Hvordan kunne vi vite at dem som snakket med oss, ikke måtte beskyttes mot seg selv?

Dette spørsmålet ble nøye vurdert i hver enkelt sak. I tilfeller hvor det var tvil, brukte vi ekstra tid på å gå gjennom mulige konsekvenser med kildene, for å forsikre oss om at de

Ødelagt i helsevesenet

tenkte nøye gjennom denne problemstillingen. Vi kontaktet også personer som kjente kildene, for eksempel deres advokater eller øvrig familie. Samtlige ble forelagt de endelige tekstene i sin helhet for fullstendig gjennomgang.

Hvilke agendaer hadde folk vi snakket med?

Vi opplevde at motivasjonen som drev flest av pasientene og de pårørende, var ønsket om at det som hadde rammet dem, ikke skulle skje andre. De ønsket også å bidra til å sette dagsorden om et tema de følte var knapt synlig for allmennheten.

En problemstilling var at flere av casene også hadde erstatningssaker gående og i tillegg til systemkritikken, var interessert i å fremme sin sak. Dette var vi klar over, samtidig som at vi var nøye med å innhente tilsvaret.

Ved sprik i pasientenes og behandlingsinstansenes versjoner av hendelsesforløpet, var vi enten restriktive med å gjengi omstridte opplysninger – eller beskrev begge de motstridende versjonene tydelig.

Analyse av funn

Ved siden av arbeidet med det svært casekomplekset, jobbet vi fortløpende med nyhetssaker som ble oppdatert med ny kunnskap og innfallsvinkler etter hvert som vi lærte mer om temaet. I tillegg ville vi ha løpende nyhetsdekning på VG Nett med to-tre eksklusive nyhetssaker gjennom de første dagene etter publisering.

Vi hadde en mappe der vi samlet nyhetssaker som passet inn under de ulike temaene: OMFANG – ÅRSAK – KAMPEN – ERSTATNINGER

Da vi hadde samlet inn et stort materiale analyserte vi funnene og fant fem hovedstolper av nyhetssaker vi ønsket å jobbe ut den første uka:

Dag 1: Omfanget av pasientskader og at halvparten kunne vært unngått.

Dag 2: Helsetilsynets rolle. Fungerer tilsynsmyndigheten når de har få reelle muligheter til å sanksjonere, og hva vil tilsynet selv gjøre.

Dag 3: Hvordan bryter legene egne arbeidstidsbestemmelser, og hva kan konsekvensene være.

Dag 4: Legenes egne historier om å gjøre feil og hvordan det oppleves.

Dag 5: Norsk pasientskadeerstatning og pasientenes møte med NPE. Hvordan var det for våre pasienter? Ny undersøkelse viste at tre av fire brukere var misfornøyde.

Målet vårt var å ha en førstesidekandidat hver dag, for å sette dagsorden. Det gjorde at vi intensiverte jakten på gode innganger og vinkler som var enkle å tittelsette i saker hvor essensen var relativt lettfattelig.

Samtidig visste vi at slagkraftig journalistikk gir nye og ofte enda bedre tips. Vi måtte ha rom for mulige oppfølginger som tvang seg fram og endret kjøreplanen, og det påvirket til en viss grad rekkefølgen vi planla for publisering av sakene.

Ødelagt i helsevesenet

Analyse av hovedtall

Vi brukte mye tid på å identifisere hva slags skadeomfang det kunne være i det norske helsevesenet, via et bredt søk i skriftlige kilder via nettet, Retriever og biblioteket.

På tidspunktet vi jobbet med serien forelå kun et nasjonalt anslag utført av legenestor Peter F. Hjort på oppdrag av Helsedepartementet. En av de viktigste analysene våre skulle bli hvorvidt Hjorts utregninger var gyldige syv år senere.

Hjort anslo at 15 000 nordmenn hvert år blir påført skader for livet på sykehus, og at 2000 personer dør årlig - altså fem mennesker hver eneste dag.

Vår analyse

- Hjorts anslag på ti prosent feil og svikt i helsetjenesten, ligger på nivå med WHO's anslag. Vi innhentet nye data for antall sykehusinnleggelses fra Norsk pasientregister. Med Hjorts anslag til grunn, ville regnestykke blitt $(880\ 000/10=)$ 88 000 skadde i året. Tallet overstiger hans anslag på 80 000 uheldige hendelser årlig. Årsaken til økningen er at antallet sykehusinnleggelses har steget siden tallene ble offentliggjort i 2004.

- Hjort omtaler selv sine anslag som forsiktige. Det var ingen innsigelser mot hans anslag fra myndighetene. Helsetopper som administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Sør-Øst brukte aktivt dette anslaget, senest under den store Helsekonferansen 2011.

Etter hvert kontaktet vi Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet og Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Vi spurte om det fantes nyere anslag på feilbehandling og svikt i helsevesenet - og undersøkte om det var innvendinger mot nivået i beregningen hans.

HOD hadde ingen innsigelser mot anslaget, men påpekte at det i forbindelse med pasientsikkerhetskampanjen «I Trygge Hender» som startet 1. januar 2011, var gangsaatt denne typen kartlegging ved Kunnskapssenteret. Resultatet forelå ikke da vi laget serien.

13. desember 2011 ble resultatet av den første riksdekkende kartleggingen av omfang av pasientskader ved norske sykehus: 4700 dødsfall i året og halvparten kunne ha vært unngått. Det er 22 ganger flere enn dem som dør i trafikken i Norge hvert år.

Undersøkelsen som forelå i desember, viste at 16 prosent av alle pasientoppholdene på norske sykehus endte med en eller annen form for skade - altså en høyere prosentandel enn Hjort og WHO fremla som "standard". Undersøkelsen er basert på ca. 7700 stikkprøver og det er knyttet statistisk usikkerhet til den nye beregningen.

Foreløpige funn fra samme kartlegging ble offentliggjort i oktober, med et lavere tall på 4500 dødsfall i året.

Kunnskapssenteret og myndighetene regner med at halvparten av disse dødsfallene kunne ha vært unngått.

Ødelagt i helsevesenet

Fortellinger blir til

Når vi først hadde valgt samlegrepet og ønsket å samkjøre mange sterke historier, tok vi bevisste grep for at hver beretning skulle være leseverdige – og klarest mulig få frem problemstillingene. **De skulle angå, og engasjere leseren.**

I alle hovedsakene brukte vi bevisst forellergrep – og levende bilder av de fire som frontet vår serie, for å forsterke muligheten for innlevelse i hva de gjennomgikk på kroppen. Artiklene skulle ikke bli en oppramsing av pasientens historie, selv om sakene hadde likhetstrekk som utgangspunkt: påført skade som kunne vært unngått – kamp for å leve videre – kamp for å få erstatning og forstå systemet.

Vi ønsket å skildre sakene på en måte som nådde ut til flest mulig – som ikke var så enkle å avfeie som "dette angår ikke meg".

Hver historie ble skildret på en måte som passet hovedpersonens situasjon. I Peter Franks sak, var hans egne tanker så sterke og klare, at de ble løftet frem. Resten av informasjonen ble fremstilt stringent uten mye broderi.

Papir/VG Nett: Sakene bærer preg av at de skulle presenteres på nyhetsplass i VG, ikke som feature. I papiravisen er det strenge maler for hvor mange tegn en sak kan inneholde – kort fortalt, skal de gjerne være kort fortalt. Det var ikke ressurser til å gjøre om disse sakene til nyhetsfeature i den fulle presentasjonen på nettet – det omfattende prosjektarbeidet var et kappløp mot klokken.

I mange saker VG typisk ville ha startet med å introdusere skaden, og så kort og stringent gå gjennom gangen i saken, valgte vi "å myke opp" noen av casene for å gjøre settingene mer gjenkjennelige.

I Hneen Khalils sak, valgte vi å starte med jenta og morens møte med legevakten. Journalistgruppen leste hverandres tekster, og nyhetsleder kom med innspill. Det gjorde også vår kollega Synnøve Åsebø som med sin featurebakgrunn bidro til fortellergrep som skulle gjøre at historiene skulle komme til live.

TV: Den dokumentariske fortellermåten med musikk, lange sekvenser uten kommentar og lengre strekk der casene selv fikk fortelle sin historie bidrar til at deres følelser, både sorg og sinne, blir formidlet rett til seeren.

Samlesiden/Foto: På den interaktive samlesiden ble sakene presentert i samme grafikk. I flere av sakene ble det tatt en rekke reportasjebilder, som ble organisert som bildespill til artiklene for også å fortelle historiene visuelt.

Kartlegge årsaker hos leger og sykehus

Kildesamtaler med helsemiljøer på mange nivåer, avslørte at årsakene til at svikt og feilbehandling oppstår er mange og sammensatte.

Ødelagt i helsevesenet

Vi fremla flere saker som blir diskutert blant helsepersonell, men som ikke blir viderebrakt til offentligheten.

Arild Myhre konsentrerte seg om å finne ut om årsakene kunne finnes i legenes arbeidsforhold. Masteroppgaven om legers arbeidstid ved Stavanger universitetssykehus, som dannet grunnlaget for vår hovedavsløring om vanvittige arbeidsbelastning ved norske sykehus, ble løftet frem av en kilde med tilgang til et helsebibliotek. Forfatteren satte oss direkte og indirekte på sporet av en rekke interne rapporter i norske helseforetak som viste at enkelte leger har avtalt opptil halvannet årsverk i planlagt arbeidstid.

Arbeidstilsynet hadde nylig hatt tilsyn ved den aktuelle kirurgiske avdelingen som masteroppgaven var hentet fra. De fant da ingenting av de kritikkverdige forholdene forfatteren kunne dokumentere gjennom intervjuer med leger. Vi spurte om Arbeidstilsynet var komfortable med det.

Skriftlige rapporter, studier på legenes arbeidstid, fagtidsskrifter og muntlige kilder ga gode innspill til saker om arbeidstid ved en rekke norske sykehus.

Kildekritikk til årsaker

Legeforeningen offisielle linje er at den jobbet for mer menneskelige arbeidsforhold, ikke bare til beste for medlemmene, men også til beste for pasientsikkerheten.

Etter hvert fikk vi imidlertid et inntrykk av at foreningen forsøkte å ivareta interessene til to typer medlemmer samtidig: En gruppe som ikke lenger godtok at det gikk over stokk og stein på jobb, og en gruppe som var oppdratt til at leger skulle tåle mye og var mer opptatt av å beholde sine lukrative vaktordninger og dermed høye lønn..

At det i samme profesjon fantes to grupper med så vidt ulike interesser krevde ekstra kildekritisk aktsomhet.

Jobbglade leger med et mer eller mindre ukritisk forhold til egen begrensning burde for eksempel ikke være blant dem vi lyttet mest til når det blant helsepersonell ble klagd på helsetilsynets jakt på syndebukker i stedet for å øve systemkritikk.

Oppsatte kriterier og djevelens advokater

I samtaler med nyhetsleder og redaksjonssjef ble vi mot slutten av arbeidet enige om å sette opp konkrete kriterier som alle casene våre måtte passere for å være med under vignetten «Ødelagt i helsevesenet».

En VG-forside med et nærbilde av en døende mann og tittelen «HAN SKAL DØ ETTER LEGENS TABBE» slår hardt. Det samme gjør åtte sider i papiravisen og gjentatte oppslags saker inkludert videoer på Norges mest leste nettavis. Da er det ekstra viktig å slå riktig.

Ødelagt i helsevesenet

Debatten skulle ikke kunne vris til å handle om andre ting enn våre funn og pasienthistoriene vi presenterte.

Valg av kriterier

Kriteriene ble laget av nyhetsleder og redaksjonssjef i samråd med journalistene. Det viktige for oss var at sakene ikke kunne avskrives for ikke å være reell svikt eller feilbehandling.

I alle sakene i VGs kartlegging foreligger minst ett av følgende kriterier:

- *Vedtak eller stadfestelse av skyld fra NPE eller Pasientskadenemnda. Det er strenge krav for å få erstatning av NPE: Hovedregelen er at skaden må skyldes behandlingssvikt i helsevesenet.*
- *Dom i rettsapparatet. Én sak har pasient fått medhold, men saken er anket til Høyesterett og dermed ikke endelig avklart.*
- *Kritikk fra helsetilsyn, fylkeslege eller bot fra politiet.*
- *Unnskyldning eller erkjennelse av feil fra helsepersonell eller sykehuset.*

Djvelens advokater

I innspurten ba vi flere i VG-systemet om å være «djvelens advokater». Alt som ble publisert på nett eller papir skulle leses gjennom av minst tre ledd med nyhetsledere, redaksjonssjef og redaktør.

Nye gjennomganger førte til endringer, presiseringer og at noen få historier falt fra i innspurten. Men ved publisering var vi sikre på at debatten ville gå på problemstillingen vi ønsket å belyse – ikke VGs agenda eller faktafeil.

Videodokumentarer

En videojournalist leste igjennom pasientintervjuene og ble med på å vurdere hvilke som kunne gi best videobilder, følelser og engasjement. Det ble også lagt vekt på å velge forskjellige typer sykdommer og historier for å vise mangfoldet av feil.

Videojournalisten ble mer eller mindre skjermet i tre uker for å gjøre et selvstendig arbeid med de fire hovedcasene. Dette innebar å gå igjennom NPE-rapporter, pasientjournaler ol. på nytt, samt ha selvstendig kontakt med pasientene og deres advokater. På denne måten sikret vi et friskt blick og flere innfallsvinkler på sakene, og det endelige produktet ikke ble noen kopi av de skriftlige sakene.

Ødelagt i helsevesenet

VGTV-videoene skulle tilføre sakene mer nærhet. Spesielt i videoene av Peter Franks og Hneen Khalil bidrar privatvideoen til å vise deres livs kamper via levende bilder.

Dokumentarer på nett

Formatet som ble valgt - dokumentarer på omtrent ti minutter - ga muligheten til å gjenfortelle hele historien og ble en realitet etter flere besøk og intervjuer.

På publiseringstidspunktet hadde vi over 40 minutter med diverse videoinnhold knyttet til sakene, et omfang som er unikt for TV på nett.

Videodokumentarene ble usedvanlig godt mottatt av VGTVs seere. Med godt over 700 000 seere på videoene som ble publisert den første dagen, og en stor andel som har delt videoene på sosiale medier, har prosjektet vært en av de større suksessene for VGTV, og har bidratt til å motbevise myten om at videoer på nett må være korte.

Kildekritikk for videodokumentarer

Ettersom videoene har en bestemt fortellerstil ulikt tradisjonelle TV-reportasjer, er tilsvarene fra NPE, forsikringselskap, leger osv. plassert i slutten av videoene. De som ønsket fikk gi sitt tilsvarende foran kameraet, de øvrige ble gjengitt i tekst og lyd med henvisning til tekstsakene.

Lesernes historier

Vi ville gjøre den digitale presentasjonen unik gjennom å la VG Netts lesere få fortelle sine egne historier. Også baserte på tanken om at en avisredaksjon, uansett hvor velinformert den er, aldri kan vite alt.

Det finnes, blant VG Netts millioner av lesere, viktige historier som aldri når journalistenes ører. Vi ønsket å gi menneskene som satt på disse en stemme. Det stemte godt overens med både intensjonen bak helserigget, og VGs redaksjonelle profil. Vi ønsket å gi våre lesere muligheten til å supplere med egne møter med norsk helsevesen. Med foto eller fullt navn for dem som ønsket det. Eller helt anonymt.

Forsøket på leservedvirkning ble en umiddelbar suksess. Det første døgnet hadde vi publisert 350 nye caser fra våre lesere: Historiene deres får på en unik måte frem røstene til "selve isfjellet" som sjelden går videre med saken. Disse fikk en ny arena å stå sammen på, og i seg selv være med på å formidle hvor skoen trykker.

Vi måtte sette av egne ressurser for å kunne moderere kommentarene gjennom de første dagene og kveldene. Ingen lesercaser ble publisert før de var godkjent av noen som jobbet med sakene, og i de mest personlige sakene ble leseren kontaktet før publisering. 150 lesercaser ble ikke publisert.

Ødelagt i helsevesenet

554 lesere bidro til en database med historier. I denne erfaringsbanken kan man finne eksempler på mange former for feilbehandling og svikt, samt folks oppfatning av sitt møte med helsevesenet. Det ga oss kunnskap som var nyttig i møte med andre aktører i oppfølgingsfasen.

Verktøy til lesernes historier

Lesernes historier ble samlet inn via et eksisterende verktøy som er kjent for moderatorer og journalistene, og også i denne sammenhengen var det kun en liten omskrivning av kode som skulle til for å kunne hente inn stoff via godt kjente verktøy.

På en kreativ måte presenterte vi samtlige caser, sammen med dokumentarene laget av VGTV, på et brett. Rigget ble laget med en forside hvor leserne lett skulle kunne se at feilbehandlingene var en del av en større sammenheng og bare toppen av et isfjell.

I tillegg la vi inn korte nøkkelfakta for å underbygge vår påstand, og for lett kunne sette leserne inn i problemstillingene.

Kildekritikk til leserhistorier

Lesernes historier ble forhåndsmoderert. Gjennom presentasjonen av disse, ikke minst når de ble fulgt opp redaksjonelt, forsøkte vi å gjøre det klart at dette var lesergenerert stoff.

Fakta i alle leserhistoriene er ikke ettergått etter vanlige journalistiske standarder, men de ble gjennomlest for å sikre en viss innholdsmessig kvalitet, og for å luke ut personangrep. Navn på helsepersonell ble tatt ut av teksten og erstattet med «legen» eller «jordmoren».

Noen ringte vi til og tok en prat, for å forsikre oss om at riktig person sto bak saker med utleverende historier, fullt navn og bilde.

Vi har ikke opplevd at noen har ønsket å få sin historie fjernet fra dette arkivet i ettertid.

Multimediale grep

Med begrenset plass i papir, og en hovedcase som roper etter mye oppmerksomhet, ble «Ødelagt i helsevesenet» tidlig presentert for den redaksjonelle utviklingsavdelingen i VG Nett. Avdelingen består av en grafiker, en programmerer, en journalist med fokus på sosiale medier og en avdelingsleder.

Noen konkrete grep er kun mulige på nett og var etter vår mening en av årsakene til at serien skapte folkeengasjement og debatt:

- Vi inviterte fire advokater spesialisert på erstatningsrett og et pasientombud

Ødelagt i helsevesenet

til VG-huset til et Tett på nettmøte hvor lesere kunne stille spørsmål om generelle problemstillinger og egne opplevelser.

- Vi arrangerte en lengre virtuell paneldebatt med helseministeren.
- Et av seriens mål var å skape debatt rundt kvaliteten på behandlingen som tilbys i det norske helsevesenet. Derfor valgte vi å åpne for kommentarer under alle saker.

Multimediale verktøy

Vi landet på å bruke eksisterende verktøyer, og ikke lage noe nytt for dette riggets skyld. Det er også langt mer tidkrevende og kostnadsdrivende for utviklingsteamet om man må lage støttesystemer som ikke kan gjenbrukes senere.

VG Netts publiseringssystem E-drum ble brukt for å legge inn nettsakene. Det ble laget en egen artikkelvisning, men med et godt API (programgrensesnitt) i bakgrunnen var det en triviell jobb. Dermed kunne teamet gå inn og gjøre endring i sakene. De som ikke var kjent med E-drum-systemet i papiravisen fikk en rask opplæring i dette.

Vi valgte å bruke Facebook Comments til å hente inn kommentarer på hver artikkel. Ved å bruke dette kommentarsystemet, var det også rimelig enkelt å ta kontakt med de leserne som meldte at de eller noen de kjente hadde opplevd noe lignende.

Etter hvert som vi nærmet oss et oppsett ble oppdaterte skisser lagt frem for de andre involverte i teamet. Det var i det hele tatt en meget god kommunikasjon mellom de ulike avdelingene på hva man jobbet med og hvor langt man var i løypa til enhver tid.

Multimedial kildekritikk

Hvordan skulle vi håndtere den elektroniske debatten rundt sakene? I VG-systemet fantes det allerede et moderatorsteam som gjennomgikk sakene hyppig for å luke ut brudd på avisens retningslinjer for debatt. Det samme gjorde vi som journalister. Debatten ble for øvrig moderert etter vanlige regler, med spesielt fokus på personangrep og usaklige utspill:

«Vi vil ikke ha trakassering, trusler eller hatske meldinger på VG Nett. Falske profiler blir utestengt. Hold en saklig og respektfull tone, husk at mange leser det du skriver.»

Evaluert i etterkant hadde vi lite eller ingen problemer med debattinnleggene i forbindelse med casene.

Webskraper for erstatningsutbetalinger

I midten av juni ba May Linn Gjerding om et unikt materiale fra NPE: Samtlige utbetalinger gjort til norske pasienter etter skader ved norske sykehus i en femårsperiode.

Ødelagt i helsevesenet

Sammen med Dan Kåre Engebretsen på VG Nett og John Bones i VG lagde vi en metode for å systematisere det enorme materialet.

Etter å ha fått tallene fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) i Excel, var vi avhengig av å få ut pasienttallene for hvert enkelt sykehus. Dette for å kunne lage en oversikt over hvor mye hvert sykehus betaler ut i erstatning per pasient.

Det har lenge vært etterlyst kvalitetsindikatorer i norsk helsevesen, men få er på plass. Vi mente det var viktig å fullføre analysen over hvor mye erstatning hvert av helseforetakene sto for. Selv om det ikke forklarte skadeomfang alene, indikerte det en betydelig mengde påførte skader og alvorligheten i dem ut fra erstatningsnivå.

Det ble en omstendelig prosess å hente ut 2010-tallene fra Helsedirektoratet og Norsk pasientregister, da disse ikke var publisert på daværende tidspunkt. May Linn måtte via juridisk avdeling fordi NPR krevde å få vite formålet med uthenting av tall. Etter korrespondanse muntlig og skriftlig godtok NPR forespørselen om uthenting av sykehusdata.

Men ikke alle helseforetakene oppga pasientvolum brutt ned på hvert enkelt sykehus. Vi gjorde et forsøk på å innhente sammenlignbar data fra de største helseforetakene, men svarene drøye i flere uker.

I høst gjenopptok vi saken, og satt fremdeles igjen med en omfattende mengde tall over pasienttrafikken ved helseforetak og sykehus. Pasientdata var publisert på nettet og etter hvert ble også 2010-tallene tilgjengeliggjort der - men systemet er tungrodd, lite leservennlig og det kreves en større manuell jobb for å kunne hente ut tall for hvert enkelt sykehus.

Opphold (inkl. ventetid i venteliste)	Behandlingssteder	Alle typer opphold
2008	Ahus	24553
2008	Stensby	35869
2009	Ahus	36762
2009	Stensby	46354
2010	Ahus	557507
2010	Stensby	557054
2011	Ahus	188432
2011	Stensby	204806
2012	Ahus	226336
2012	Stensby	230362
2013	Ahus	222670
2013	Stensby	237630
2014	Ahus	203565
2014	Stensby	203565

Det ble raskt klart at vi måtte lage en webskraper for å hente ned de tallene vi ønsket.

Webskraperen ble laget i php, og tok en dags programmering for å bli optimalisert. Webskraperen gjorde det som kunne ha blitt en tung og tidkrevende registreringsjobb til om til en rask måte å hente ned pasienttall for alle sykehus i Norge. Dataene ble lagret i en MySQL database og sortert på tre nivåer:

- Pasienttall for regionale helseforetak
- Pasienttall for helseforetak
- Pasienttall for enkeltsykehus.

I tillegg ble regnearket med pasientskadeerstatninger lagt inn i samme MySQL database.

Ødelagt i helsevesenet

Kildekritikk for webskraper

Det er viktig å nevne at en webskraper gjør kun det du ber den om, og at tallene må kvalitetssikres med flere stikkprøver.

For året 2010 hadde Norsk pasientregister lagt om rutinene. Der man før hadde rapportert årlige tall, hadde man begynt å rapportere tertiale tall. Webskraperen rapporterte dermed ved første gangs kjøring kun pasienttall fra januar til og med april for 2010 ved første gangs kjøring.

For å få en best mulig oversikt ble det laget hjelpetabeller kodet i php og presentert med html for å lette det videre arbeidet.

HTML-tabeller

HTML-tabellene ble satt opp med informasjon over hvert regionale helseforetak, deres tilhørende helseforetak, og en mulighet for å kunne se hvilke sykehus som var tilknyttet hvert helseforetak.

HTML-tabellene gjorde det enkelt å sette seg inn i tallene for de involverte journalistene. Tabellene inneholdt informasjon over antall pasienter behandlet i perioden 2006-2010, erstatningsutbetalinger for samme periode og også hvor mye hvert enkelt helseforetak betalte i erstatning per behandlete pasient.

Resultatet ble slik:

Antall pasienter 2006-2010: 27 241 752

Totalt utbetalt i erstatninger 2006-2010: 2 754 780 497

Helse Midt-Norge RHF

Antall pasienter 2006 - 2010: 4 013 782 (14.73%)
Totalt utbetalt i erstatning: 294 938 344 (10.71%)

Foretak	Totalt antall pasienter 2006-2010	Erstatning utbetalt 2006-2010	Erstatning per pasient	
St. Olavs Hospital HF	1 858 020 (46.2%)	136 996 180 (4.7%)	73.73	Via sykehus
Helse Sunnmøre HF	875 180 (2.2%)	40 409 404 (1.4%)	46.17	Via sykehus
Helse Nordmøre og Romsdal HF	653 810 (1.6%)	47 959 979 (1.7%)	73.35	Via sykehus
Helse Nord Trøndelag HF	626 772 (1.6%)	69 572 781 (2.5%)	111	Via sykehus
SUM	4 013 782(14.73%)	294 938 344 (10.71%)	73.48 (SNITT: 76.06)	

Helse Nord RHF

Antall pasienter 2006 - 2010: 2 885 605 (10.59%)
Totalt utbetalt i erstatning: 396 698 725 (14.4%)

Foretak	Totalt antall pasienter 2006-2010	Erstatning utbetalt 2006-2010	Erstatning per pasient	
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1 318 931 (4.6%)	178 109 826 (6.4%)	135.04	Via sykehus
Nordlandssykehuset HF	775 708 (2.7%)	90 325 504 (3.3%)	116.44	Via sykehus
Helgelandsykehuset HF	452 226 (1.6%)	63 061 347 (2.3%)	139.45	Via sykehus
Helse Finnmark HF	338 740 (1.2%)	65 202 048 (2.3%)	192.48	Via sykehus
SUM	2 885 605(10.59%)	396 698 725 (14.4%)	137.48 (SNITT: 145.85)	

Helse Sør-Øst

Antall pasienter 2006 - 2010: 15 135 926 (55.56%)
Totalt utbetalt i erstatning: 1 528 719 545 (55.49%)

Foretak	Totalt antall pasienter 2006-2010	Erstatning utbetalt 2006-2010	Erstatning per pasient	
Oslo universitetssykehus HF	4 531 314 (16.03%)	446 409 354 (16.2%)	98.53	Via sykehus
Sykehuset Innlandet HF	1 937 046 (7.1%)	149 931 449 (5.4%)	77.4	Via sykehus
Vestre Viken HF	1 763 153 (6.4%)	245 739 518 (8.9%)	139.37	Via sykehus
Sørlandet Sykehus HF	1 508 191 (5.4%)	139 428 003 (5.0%)	92.45	Via sykehus
Sykehuset Ostfold HF	1 198 063 (4.4%)	118 268 880 (4.3%)	98.72	Via sykehus
Sykehuset i Vestfold HF	1 106 908 (4.0%)	98 260 653 (3.5%)	88.2	Via sykehus
Akershus universitetssykehus HF	1 100 091 (4.0%)	166 287 917 (6.1%)	160.26	Via sykehus
Sykehuset Telemark HF	959 246 (3.5%)	79 013 261 (2.8%)	82.37	Via sykehus
Privat Sør-Øst HF	292 968 (1.0%)	19 109 810 (0.7%)	65.22	Via sykehus
Diakonhjemmet sykehus AS	280 547 (1.0%)	29 072 590 (1.0%)	103.63	Via sykehus
Lovisenberg diakonale sykehus AS	279 254 (1.0%)	17 568 510 (0.6%)	61.48	Via sykehus
Oslo kommunale tegevast	33 795 (0.1%)	0 (0%)	0	Via sykehus
Sunnhals sykehus HF	25 269 (0.09%)	0 (0%)	0	Via sykehus
SUM	15 135 926(55.56%)	1 528 719 545 (55.49%)	101 (SNITT: 81.84)	

Helse Vest RHF

Antall pasienter 2006 - 2010: 5 206 440 (19.11%)
Totalt utbetalt i erstatning: 534 423 883 (19.4%)

Foretak	Totalt antall pasienter 2006-2010	Erstatning utbetalt 2006-2010	Erstatning per pasient	
Helse Bergen HF	1 991 076 (7.3%)	212 034 488 (7.7%)	106.49	Via sykehus
Helse Stavanger HF	1 479 923 (5.4%)	155 562 103 (5.6%)	105.11	Via sykehus
Helse Fonna HF	711 300 (2.6%)	85 106 519 (3.0%)	119.65	Via sykehus
Helse Førde HF	648 560 (2.3%)	63 797 091 (2.3%)	98.37	Via sykehus
Privat Vest HF	375 581 (1.4%)	17 931 672 (0.6%)	47.74	
SUM	5 206 440(19.11%)	534 423 883 (19.4%)	102.65 (SNITT: 95.47)	

Ødelagt i helsevesenet

Det viste seg raskt at rapporteringen var forskjellig fra helseforetak til helseforetak. Noen helseforetak rapporterte ikke enkeltsykehus, andre rapporterte fullt ut ned til minste detalj.

Ved hjelp av disse tabellene kunne vi raskt fastslå at tallene fra helseforetakene kunnes settes opp mot hverandre, men dessverre ikke de enkelte sykehusene.

Da dette var en av de første gangene vi hadde slått sammen data i så stort omfang, ble tallene og utregningsmetode kvalitetssikret med hjelp en offentlig ansatt statistiker som gikk god for jobben vi hadde gjort.

Resultatet: For første gang kunne leserne få oversikt over hvilke helseforetak som skader for mest penger. Vi laget tabeller som viste hvor mye skade hvert enkelt foretak har forvoldt i kroner - per pasient de behandler. VGs beregning er gjort ved å samkjøre pasientantallet ved helseforetakene med erstatningsutbetalingene.

Til slutt ble en forenklet tabell tilrettelagt og presentert på papir og nett: <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=10032171>

Spesielle erfaringer: Hva har skjedd i ettetid?

- Sentrale aktører i helsevesenet har informert VG om at serien "Ødelagt i helsevesenet" var medvirkende til at pasientsikkerhet fikk økt fokus i valgkampen.
- Dokument 8-forslaget til Høyre/v. Erna Solberg, Bent Høie, Sonja Sjøli, ble direkte utløst av sakene våre. De foreslår en omfattende tiltaksplan for å bedre kvalitet og øke pasientsikkerhet i helsetjenesten. Fra forslaget:
 - Oppdragsdokumentene og styringsdialogen med helseforetakene skal det legges like stor vekt på konkrete målsettinger om pasientsikkerhet, som på økonomi.
 - Kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø skal være faste tema i foretaksmøter og på styremøter i helseforetakene.
 - Stortinget ber regjeringen om å etablere et bedre nasjonalt kvalitetssystem gjennom en rekke tiltak.
- Pasientsikkerhet/legers arbeidstid var i kjølvannet av serien hovedtema i en rekke debattprogrammer på TV og radio. Seriens innhold ble delt i sosiale medier, og vi registrerte at temaene vi tok opp ble debattert i en rekke blogger.
- Legeforeningen ba om møte med Pasientombudet i Akershus, Knut Fredrik Thorne, og møtte ham for i fellesskap å utforme et utspill om legenes arbeidstid. Dette arbeidet pågår fortsatt.
- NPE går nå inn for å kutte gjennomsnittlig saksbehandlingstid med syv måneder. De har også meldt seg på et stort forbedringsprosjekt, hvor de vil gjennomgå sine rutiner og kontakt med pasientene.

Ødelagt i helsevesenet

- Legeforeningen har visst om serien lenge før den kom på trykk. Pasientsikkerhet ble etablert som en av deres viktigste fanesaker gjennom fjoråret, og var hovedtema under forrige landsstyremøte på Soria Moria 25. mai.
- Nå har Legeforeningen nedsatt seks satsingsområder i perioden 2011-13. Hovedpunktene går ut på at kvalitet skal måles og resultatene skal brukes til forbedring. Legeforeningen vil jobbe for bedre IT-verktøy for trygg pasientbehandling, styrket medisinsk ledelse, nasjonal kvalitetsstandard for legevakt og faste stillinger for sykehusleger.
- Arbeidstilsynet varslet tilsyn og straffereaksjoner for å få bukt med ulovlig overtid. Det endte med at tilsynet gjennom VG varslet stikkprøvekontroller av etterlevelsen av arbeidstidsbestemmelsene for sykehusleger landet over. I skrivende stund har tilsynet avslørt mangelfull kontroll med legers arbeidstid ved flere helseforetak og kommet med pålegg om å rydde opp.
- 29. desember opplyste Arbeidstilsynet i en SMS til oss at det er for tidlig å konkludere med hvordan de vil følge opp de funn som er gjort. Den dokumentasjon som innhentet så langt medførte at Arbeidstilsynet har valgt også å gjennomføre tilsynsbesøk i flere av sykehusene. Ikke alle er gjennomført enda, og de siste gjennomføres i år.
- Helsetilsynet innrømmer at dagens sanksjoner ikke holder. De varsler flere politianmeldelser og tøffere tak mot direktører og styreledere.
- Helseministeren har i en tid annonsert at de kommer med en stortingsmelding om pasientsikkerhet. Den ventes i løpet av høsten 2012. Statsråden har personlig takket pasientene som stilte opp i VGs serie, og banet vei for debatt og tiltak.
- Vi har snakket med en sykehusdirektør i Bergen, som innførte en ordning hvor hun går fra avdeling til avdeling og følger opp hvordan pasientsikkerheten ivaretas.
- Lederutdannelsen for nåværende og fremtidige toppledere i helsevesenet (Masterstudiet i helseadministrasjon ved UiO) besøkte VG 12.09.2011 for å få presentert arbeidet med serien "Ødelagt i helsevesenet", og diskutere erfaringer.

Et enormt engasjement!

Det har vært en massiv og positiv respons! Vi fikk en flom av e-poster med innspill og tips, og sentralbordet i VG brøt nesten sammen av alle telefonene som kom.

Vi opplevde en vanvittig interesse for et tema som tidligere har vært avskrevet som «enkeltskjebner». Det oppsto et betydelig folkeengasjement og stor fagdebatt, med mange skriftlige innlegg fra aktører - deriblant helseministeren.

Til sammen var det over 1,5 millioner treff på samlesiden Ødelagt i helsevesenet på VG Nett - noe som trygt kan kalles en uvanlig stor interesse:

- 554 historier fra lesere
- 160 000 besøk på den mest leste saken

Ødelagt i helsevesenet

- 700 000 videovisninger
- 810 000 besøk på artikkelside
- 8800 delinger i sosiale medier

Vi vil følge opp prosjektet med nye saker i 2012.

Takk

Takk til Peter Franks og hans familie som ble vår hovedcase. Vi vil også takke alle pasientene og pårørende som bidro med sine historier.

Mange bidro til det dugnadsartede arbeidet med serien. Spesielt vil vi trekke frem reportasjeleder Tora B. Håndlykken, avdelingsleder Anders Sooth Knutsen, René Svendsen (daværende VG Multimedia-sjef), VG TV-sjef Ola Stenberg, designer Simen Grytøyr, redigerer Håvard Lotsberg, journalist Synnøve Åsebø, redaksjonssjef Rolf Sønsteli, journalist John Bones, journalist Ingunn Saltbones, journalist Eirik Linaker Berglund, journalist Magne D. Antonsen, debattredaktør Elisabeth Skarsbø Moen, ansvarlig redaktør/ adm.dir. Torry Pedersen, journalist Marie de Rosa og redaksjonssjef Christian Brændshøi og journalist Ingunn Viken.

Vi vil også takke alle advokatene som bidro med caser og alle som bidro i det omfattende researcharbeidet.

Sist men ikke minst, vil vi nevne legenestor Peter F. Hjort som utarbeidet anslaget over «uheldige hendelser i helsetjenesten» og belyste problematikken i sine bøker.

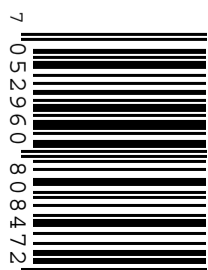
Oslo/Kristiansund
6. januar 2012

**May Linn Gjerding, Mona Grivi Norman, Mathias Jørgensen, Arild Myhre,
Anders Framstad, Tom Byermoen og Dan Kåre Engebretsen**

Les om **40 liv** som er
ødelagt etter svikt
i **helsevesenet.**

Nå skal han dø

•SIDE 6, 7, 8, 9,
10, 11 og 12



PETER ER ETT AV 2000 OFRE - HVERT ÅR

Tok rekorden:



KONG SIGURD

den største

•SPORTEN

FLERE TUSEN LEDIGE sommer- jobber

•SIDE
20 og 21

Stein Erik Hagen:



KUTTER ALL STØTTE

til borgerlige

•SIDE 4

ØDELAGT
I HELSE-
VESENET



HAN SKAL DØ

ETTER LEGENS TABBE



■ Her ligger familiefaren Peter Franks (52). Franks er en av mange som har fått livet ødelagt på grunn av svikt, uhell og regelrette tabber i norsk helsevesen.

■ VG har kartlagt historien til 40 mennesker som har fått skader i helsevesenet. Hver og en av dem er mer enn sin egen historie. Hendelsene de ble utsatt for utgjør et samfunnsproblem.

■ Ifølge et anslag gjort for helsemyndighetene dør 2000 personer hvert år her i landet, som følge av uønskede hendelser. Det er ti ganger høyere enn antallet som dør i trafikken.

■ I dag og i de kommende dagene vil VG publisere en serie artikler, bilder og videoer om temaet. Du kan følge våre saker på papir, nett og iPad. Vårt mål er at søkelyset på problemstillingen vil lede til bedre rutiner. Som reduserer risikoen for feil.



**TORRY
PEDERSEN**

Ansvarlig redaktør/adm. dir.



ØDELAGT
I HELSE-
VESENET

„ JA, JEG
ER RASENDE.
RASENDE
FOR AT SØNNEN
MIN **MISTER**
FAREN SIN.

Peter Franks



KNUST OG FORBANNET:

– Du kan bare håpe og be om et mirakel. Du håper og ber at du skal vare litt lenger. Men du vet at du skal dø, og det er ingenting du kan gjøre med det, sier Peter Franks. Her er han på Radiumhospitalet sammen med kona Susan Penty.

ANSLAGET: 5

Av MAY LINN GJERDING, MONA GRIVI NORMAN, ARILD MYHRE, ANDERS PARK FRAMSTAD, SYNNØVE ÅSEBØ og MATTIS SANDBLAD (foto)

RADIUMHOSPITALET (VG)
Fastlegens tabbe gjør at Peter (52) snart skal dø av kreft.

Kulen i brystet var på størrelsen med en tennisball da han ble sendt hjem fra legesenteret for andre gang.

Ut av brystvorten piplet det blod og puss – men legen mente at antibiotika var en tilstrekkelig kur. Peter Franks er én av mange som har fått livet ødelagt av tabber, svikt og uhell i norsk helsevesen.

– En skandale

15 000 nordmenn blir hvert år påført skader for livet på sykehus, ifølge et anslag gjort for Helsedepartementet i 2004. Det samme anslaget antar at 2000 personer dør årlig – altså fem mennesker hver eneste dag.

Anslaget ble gjort av legenestor Pe-

ter F. Hjort for syv år siden, og er den eneste beregningen som finnes i Norge.

– Det er en skandale at det er gjort så lite, sier pasientombud og tidligere jurist i helsetilsynet, Knut Fredrik Thorne etter å ha lest saken om Franks og de 39 andre pasienthistoriene VG har kartlagt.

– Hvis det hadde blitt kjent at 2000 dør i trafikken hvert år, så hadde samferdselsministeren fått sparken. Men i helsevesenet møtes disse tallene med et skuldertrekk, sier Thorne.

Administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Sør-Øst sier at målinger som er gjort i senere tid viser det samme nivået som anslaget til Hjort:

– Det er mange som ikke er kjent med at vi har en så stor utfordring, sier Mikkelsen.

Kreften kunne ha blitt fanget opp ved første konsultasjon hos Peter Franks' fastlege, ifølge Pasientskadenemnda. En tidlig behandling ville ha gitt gode odds.

«Vi går ut i fra at sykdommen ville medført langt mildere behandlingsprosedyrer, samtidig som overlevelsesprognosen ville vært vesentlig for-

bedret med mulighet for fullstendig helbredelse», skriver Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) i februar i år.

Isteden fikk den aggressive kreften spre seg i et halvt år ubehandlet.

Nå ebber mannens liv nådeløst ut.

– Ja, jeg er rasende. Rasende for at sønnen min mister faren sin. Legen gjorde ganske enkelt ikke jobben sin, sier Franks i sykesengen på Radiumhospitalet til VG.

Den avmagrede kroppen spenner seg når han snakker.

Franks mener at ansvaret for feilbehandling er pulverisert i Norge, og at det forårsaker at samme feil gjøres igjen.

– Hvis jeg kunne ha saksøkt fastlegen, så hadde jeg gjort det.

Legen: Trist sak

Andre leger kunne ha lest om søksmå-

TIPS OSS

Er du blitt utsatt for feil eller svikt i helsevesenet? Send innspill på mail:



arild.myhre@vg.no

may.linn.gjerding@vg.no

mona.norman@vg.no

anders.framstad@vg.no

let i avisen. Da ville de ha skjerpet seg for å unngå å gjøre denne feilen selv. Men leger i Norge trenger ikke å ta ansvar for sine feil. Det er det Staten som gjør, fastslår Peter Franks.

Mannens fastlege ønsker ikke å svare på noen av VGs spørsmål om saken. I en e-post skriver legen:

«Dette er en veldig trist sak for pasienten og hans familie, og den viser at diagnostikk kan være vanskelig».

Peter Franks og kona, Susan Penty (44), er britiske. De har vært fast bostatt i Norge de siste ti årene. Sønnen deres, Alex (9), er oppvokst på Hvalstad i Asker.

SE TV-DOKUMENTAR OM PETER



FAMILIELYKKE: – Han er den mest optimistiske mannen jeg noensinne har møtt, sier Peter Franks' kone, Susan Penty. Her er de sammen med sønnen Alex. Foto: PRIVAT



STRANDHYGGE: Her er Peter Franks før han ble syk sammen med sønnen Alex. Foto: PRIVAT



GLADE DAGER: Her er Susan Penty og Peter Franks på bryllupsdagen 19. mai 2001. Foto: PRIVAT

DØR DAGLIG

Da Peter oppsøkte sin fastlege 12. juni 2006, var kreftkulen rundt én centimeter.

Det ble tatt blodprøver og legen sendte ham til mammografi. Så ringte hun opp etter en uke og sa: «Du har ikke brystkreft.»

Pasientskadenemnda mener at legen burde ha henvist ham til vevsprøve i tillegg – fordi kreft ikke kan utelukkes ved en negativ mammografi alene.

– Ingen vei tilbake

Fem måneder senere var han til ny konsultasjon ved legesenteret. Da var det en annen lege som tok imot ham. Hun sendte ham også hjem – Franks måtte be henne om å få kulen fjernet.

To måneder senere, reagerte kirurgen som skulle fjerne svulsten umiddelbart da hun så den verkende kulen – og fikk tatt vevsprøve i løpet av ti minutter.

– En uke senere ringte hun tilbake og sa at det var kreft – og den hadde spredt seg til skjelettet.

Den radmagre kroppen hans rister, når han snakker om dødsdommen.

– Når kreften har spredt seg til beina, er det ingen vei tilbake.

Jeg var helt knust.

Det eneste som betyr noe når man har blitt dødsdømt, er familien, kona og barna dine, sier Peter.

Den andre legen som sendte ham hjem fra legesenteret, med tennisballstor og verkende kreftkul, ønsker ikke å uttale seg om saken.

«Hun synes saken er trist for pasienten og hans familie, men har ingen kommentarer utover dette», skriver Peters fastlege, som formidlet VGs henvendelse.

Kreften har vokst seg inn i hoftebe-

net. Kun morfin lindrer mannens smerter.

Kona Susan skjutter jobb og tar vare på sønnen, mens ektemannen ligger lenket til sengen. Hun forteller at hjertet hennes stopper hvis mannen ikke svarer på telefonen når hun ringer.

Hun gråter når hun viser feriebilder fra i fjor. Der smiler Peter til henne på alle bildene.

– Peter vil at halve asken hans skal spres på Oslofjorden, slik at han alltid kan seile med sønnen vår og meg. Resten av asken ønsker han spredd på engen hvor vi møttes for første gang, sier Susan Penty.

FRANKS FÅR STØTTE AV KREFTEKSPERT

En av landets fremste ekspert på brystkreft, Rolf Kåresen, sier at Peter Franks' fastlege helt klart burde ha tatt en vevsprøve.

Kåresen har ikke vært sakkyndig i 52-åringens sak, men får den fremlagt av VG.

– Alle menn og kvinner som har en følbart, lokalisert svulst skal til komplett trip-

peldiagnostikk. Det hersker det ingen tvil om. Dette ligger også som klare retningslinjer i handlingsplanen for kreftbehandling i Norge.

Kåresen, som også har fartstid som sakkyndig for NPE, tilføyer at det i alle fall skulle ha vært gjort en tripeldiagnostikk ved andre forsøket.

Nestoren opplyser at det er gode sjanser for helbredelse ved tidlig behandling av brystkreft, også for menn.

Selv om bare 15–20 menn får diagnosen brystkreft i Norge i året, mener professor Rolf Kåresen at leger bør kjenne prosedyrene ved klare symptomer på brystkreft.

FAKTA DETTE ER NPE

● **Akkurat nå** jobber 5000 nordmenn for å få erstatning av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

● **NPE er et statlig** forvaltningsorgan som behandler krav om erstatning fra pasienter som mener de har fått skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten.

● **NPE-reformen** førte til at personlig ansvar for leger ble borte, når det gjelder erstatning. Frem til 1988 gikk det altså an å saksøke leger etter feilbehandling i Norge. Det er mulig å reise krav om oppreisning til leger, men det gjelder mindre beløp for tort og svie. Dette skjer i praksis ikke.

● **NPE er underlagt** Helse- og omsorgsdepartementet, og ble opprettet i 1988.

● **Ordningen ble** lovfestet ved at pasientskadeloven trådte i kraft 1. januar 2003 for offentlig helsetjeneste.

● **1. januar 2009** ble loven utvidet til også å omfatte privat helsetjeneste.

● **Pasientskadenemnda** behandler klager over enkeltvedtak fra Norsk pasientskadeerstatning. 13 prosent av klagen fikk medhold i 2010.

VG KARTLEGGER PASIENTSKADER

40 LIV

I alle sakene i VGs kartlegging foreligger minst ett av følgende kriterier:

- Vedtak eller stadfestelse av skyld fra NPE eller Pasientskadenemda. Det er strenge krav for å få erstatning av NPE: Hovedregelen er at skaden må skyldes behandlingssvikt i helsevesenet.
- Dom i rettsapparatet. Én sak er anket til Høyesterett og dermed ikke endelig avklart.
- Kritikkk fra helsetilsyn, fylkeslege eller bot fra politiet.
- Unnskyldning eller erkjennelse av feil fra helsepersonell eller sykehuset.



HEGE
THORÉN (35)
FRA TØNSBERG

Hege kom til Rikshospitalet for å få behandling mot **giktsmerter** – men ble påført verre lidelser enn noen gang: Legen spredte hepatitt B-virus fra den ene pasienten til den andre. Istedenfor å kaste sprøyte og opptrekkskanyle etter bruk – brukte han dem om igjen.

Slik påførte han tre pasienter **hepatittmitte**, ifølge sykehusets smittejakt. Viruset gir i verste fall dødelig leversykdom.

Helsetilsynet fastslo at legen hadde utvist **grov uaktsomhet**, og politiet ga legen 25 000 kroner i bot. Legen avviser at han har brukt samme sprøyte flere ganger.

STATUS: Vedtak i helsetilsynet, behandles i NPE.

Foto: ALF ØYSTEIN STØTVIG



MAGNI
HVEEM (20)
FRA TOTEN

Idrettsjenta skulle rette opp en **skjevhet** i ryggen. Etter en vellykket operasjon, skulle legene bytte metallet. Planen var at 17-åringen skulle spasere ut etter et par dager.

Men under operasjonen ble ryggmargen skadet. Magni våknet **lam**.

– Fra dag én var jeg helt sikker på at jeg skulle gå igjen. Jeg tenkte at «jeg skal da ikke sitte i en stol resten av livet. Det er ikke meg», sier Magni som bor på et rehabiliteringssenter for ryggmargsskadede i California.

Sykehuset **beklager** på det sterkeste.

STATUS: Ferdig behandlet og får erstatning av NPE.

Foto: PRIVAT



BERIT
DANIELSEN (72)
FRA OSLO

For fire år siden ble hun innlagt med **blodpropp** i venstre lunge. På røntgenbildet så legen en kul. Det ble aldri fulgt opp og Berit fikk aldri høre om funnet.

I 2009 oppdaget sykehuset kuler på begge lunger, som viste seg å være ondartede **kreftsvulster**.

«Hun har således sannsynligvis blitt **berøvet** for ti leveår. Medisinsk invaliditetsgrad er i dette tilfellet ikke mulig å gi, da hun er i kontinuerlig forverring av sin luncgecancer mot en for tidlig død,» skriver Ullevål til NPE, og erkjenner alt ansvar.

STATUS: Ferdig behandlet og får erstatning av NPE.

Foto: EIVIND GRIFFITH BRÆNDE



ELIAS
SOLTVEDT (6)
FRA ASKØY

Sykehuset skulle overvåke hjertet til Elias under fødselen, men avdelingens ene overvåkningsmaskin sluttet å virke etter en planlagt **strømstans**. Derfor klarte ikke legen å tyde at Elias fikk for lite oksygen.

Han ble født med cerebral parese og kan ikke sitte, gå eller snakke. Familien fikk avslag hos både NPE og Pasientskadenemnda før staten inngikk **forlik**.

Haukeland universitetssykehus sier fødselen var **tragisk** og førte til at de nå har en maskin for hjerteovervåkning på hver avdeling.

STATUS: Har fått erstatning fra NPE etter forliket.

Foto: HALLGEIR VÅGENES



OLVE
ØSTEBØ (42)
FRA SANDNES

Det gikk to år fra Olve Østebø først oppsøkte legen med symptomer, til at sykehusleger oppdaget **kreften**. Da fjernet de det høyre øyet og alle kjertlene på halsen hans umiddelbart.

Nå er han kreftfri, men risikerer tilbakefall. Skadene har gjort ham delvis **ufør**. Det er tøft for tidligere spreke Olve, som har vært yrkesaktiv siden han var 16 år.

Han har sluttet å sørge over det tapte øyet. Nå er han bare forbannet.

Stavanger Universitetssjukehus **beklager** via VG til Olve Østebø og hans pårørende.

STATUS: Sykehuset beklager feilbehandlingen, NPE behandler saken.

Foto: HUGO BERGSAKER



ELSA
ANDERSEN (61)
FRA TØNSBERG

På jakt etter en svulst, åpnet legen Elsas ryggmarg og påførte henne store **lammelser** i beina. «Svulsten» viste seg å være en del av hennes kroniske ryggmargsglidelse, og Elsa sier hun aldri hadde gitt tillatelse til operasjonen.

Likevel måtte hun gjennom flere rettsrunder før hun til slutt **seiret** mot staten i lagmannsretten.

– Det var godt å bli trodd. Det har jo vært Davids kamp mot Goliat, lille meg mot staten, sier Elsa Andersen.

Seks år etter, sier sykehuset de skulle informert bedre om **risiko**en ved inngrepet.

STATUS: Vant rett til erstatning i lagmannsretten.

Foto: ALF ØYSTEIN STØTVIG



TONJE ELISE
THOMASSEN (9)
FRA OLDERDALEN

Moren ble ikke kjørt til sykehuset som planlagt, men måtte føde på den lokale fødestua mot sin vilje. Her fikk Tonje Elise store **hjerne-skader**.

I ti år har foreldrene kjempet for at Tonje skulle få riktig **erstatning**, men fødestuene var ikke tidligere en del av NPE-ordningen – før loven ble endret i 2008.

– Engasjement i enkeltsaker som denne kan bidra til at regelverket **endres**, sier avdelingsdirektør Anne-Mette Gulaker i NPE, og gleder seg over lovendringen. Sykehuset som driver fødestuen vil ikke kommentere saken.

STATUS: NPE har vedtatt erstatning, familien anker summen.

Foto: JAN R. OLSEN



OLE JOHAN
ARNESTAD (57)
FRA LILLEHAMMER

Legen trodde han hadde **influensa** og sendte ham hjem i fellestferien. Det viste seg å være **blodforgiftning**. Konsekvensene ble kronisk nyresvikt, og sirkulasjonssvikt. Ole Johan Arnestad mistet beina, åtte fingre og ble hjerneskadet.

Overfor VG sa legen i ettertid at han har tenkt mye på saken, og uttrykte **medfølelse**.

Etter fem års kamp mot staten vant Ole Johan rett til erstatning i lagmannsretten. Han risikerer en ny rettsrunde etter uenighet om erstatningssummen.

STATUS: Vant rett til erstatning i lagmannsretten, men er nå uenig med NPE om erstatningens størrelse.

Foto: SILJE RINDAL

UTVIDEDE HISTORIER, FLERE BILDER

ØDELAGET



**CHRISTIAN
MAGNUS
HEISZTER (6)**
FRA HOMMELVIK

Det gikk to år før Christian Magnus Heiszter (6) fikk riktig behandling for en **svulst** i hodet.

Til tross for at babyen allerede fra fem måneders alder hadde alvorlige plager, hadde Christian fylt to år da han ble operert for en cyste i hodet i 2006.

Familien klaget saken inn for NPE, som konkluderte med at diagnosen skulle vært stilt tidligere. Det kunne ha **begrenset** skadeområdet.

Helsetjenesten i Vefsn kommune beklager, og sier de har et klart **ansvar** for å oppdage hjernesvulst hos et barn.

STATUS: Ferdig behandlet og fått erstatning fra NPE.

Foto: PRIVAT



**HNEEN
KHALIL (13)**
FRA OSLO

Legevakten mente niårningen hadde fått sin første **menstruasjon**, og hun ble sendt hjem med livstruende e. coli-infeksjon.

På sykehus dagen etter tok det for lang tid før behandlingen begynte. Under operasjonen fikk Hneen hjertestans og ble 100 prosent **hjemmeskadet**.

– Jeg hadde gitt hver eneste erstatningskrone tilbake for at Hneen skulle være seg selv igjen, sier pappa Said Khalil (38).

Legevakten sier de **konfererte** med barnelege ved Ullevål, og var enige om å se an Hneens tilstand. Sykehuset og legevakten beklager.

STATUS: Ferdig behandlet og får erstatning av NPE.

Foto: PRIVAT



**ARNE
BARSNES (65)**
FRA SANDNES

Den pensjonerte rektoren **tapte** kampen mot kreften 13. mars i år. I fire måneder gikk 65-åringen med ubehandlet **føflekkreft** etter å ha falt ut av innkallingslister og ventet på prøvesvar.

– For Arne har det aldri vært et poeng å henge ut leger eller sykehus. Vi ønsker å påpeke hvor viktig det er at kreftmistanke blir fulgt opp raskt, og pasienter ikke faller ut av innkallingslistene, sier enken Inger Marie Barsnes.

Stavanger universitetssykehus innrømmer at ventetiden var **uholdbart** lang.

STATUS: Sykehuset beklager feilbehandlingen.

Foto: PRIVAT



**EMILIE
NERLAND (5)**
FRA MOLDE

Jenta var bare ni dager, da hun ble syk av en **tarmbakterie**. Legen mente at Emilie var ok, selv om hun var slapp, livløs og hadde sluttet og spise.

Da moren kjørte til legevakten med Emilie bare timer senere, tenkte hun: «Ikke dø nå, du må ikke dø nå».

Sykehuslegene klarte å redde livet hennes, men Emilie ble hjerne-skadet og **multihandikappet**.

Legen synes at saken er trist, men sier at hun gjorde sitt beste. Fem år senere kjemper Emilies foreldre fortsatt for å få erstatning. Staten **nekter** å betale.

STATUS: Vant rett til erstatning i tingretten og i lagmannsretten. Pasientskadenemnda anker til Høyesterett.

Foto: ANDRÉ PEDERSEN



**THORSTEIN
MOEN (60)**
FRA STOKKE

Legene diskuterte i 36 timer. **Uenigheten** og de dårlige rutinene kan ha kostet Thorstein livet.

Moen ble innlagt med magesmerter ved Sykehuset i Vestfold. I møtet med sykehuset opplevde kona Brit at ingen ville ta ansvar for Thorstein.

Den som først grep inn var en turnuslege som skjønte at mannen led av **blindtarmbetennelse**.

Men da hadde blindtarmen sprukket, og én uke etter operasjonen døde Moen av multiorgansvikt.

Sykehuset i Vestfold skriver til VG at de synes det er en **trist** sak.

STATUS: Kritikkk fra helsetilsynet og fått erstatning NPE.

Foto: PRIVAT



**VIGDIS
JENTOFT (66)**
FRA TROMSØ

På en rutinekontroll for en mage- og tarmsykdom svelget Vigdis en **kapsel**. Kapselen ble sittende fast, og Vigdis måtte gjennom flere operasjoner, blant annet måtte tarmen legges ut. Under komplikasjonene fikk Vigdis hjerteinfarkt og hjerneslag.

I dag er den tidligere aktive forretningskvinnen stum, lam i halve kroppen og sterkt **pleietrengende**.

Hverdagen er preget av mange kamper.

– Hvis du er syk, må du ha noen rundt deg som går i krigen for deg når det trengs, sier ektemannen.

Sykehuset ønsker ikke å kommentere saken, men sier de tar **lærdom** av alle saker der pasienten får medhold i NPE.

STATUS: Fått erstatning fra NPE, har påklaget summen.

Foto: TERJE MORTENSEN

LILLIAN OLSEN (62)



Fikk store indre skader etter feilaktig kreftoperasjon. Sykehuset beklager. **Status:** Fikk NPE-erstatning.

INGUNN BENDIKSEN (43)



Mistet retten til giktmedisiner og ble arbeidsufør. Sykehuset vil ikke kommentere. **Status:** NPE-erstatning.

LONE KRISTIANSEN (11)



I ti timer oppdaget ikke legen at babyen hadde livstruende tarmslyng. Legen vil ikke kommentere. **Status:** NPE-erstatning.

ARVID OLSEN (45)



Sendt hjem fra legevakten. Døde av hjerteinfarkt på vei hjem. Legen jobber ikke der lenger. **Status:** Kritikkk fra helsetilsynet.

ELISABETH BISTRUP LINNES (28)



Døde av svangerskapsforgiftning etter 30 timer uten tilsyn. Sønnen overlevde. Sykehuset vil ikke kommentere. **Status:** Kritikkk fra helsetilsynet.

LILL MARGIT KARLSEN (33)



Fikk nerveskader og kroniske smerter etter epiduralsprøyte. Vant i retten, sykehuset bestrider feilbehandling. **Status:** NPE-erstatning.

ASKIL (1 DAG)



Den fødende moren ba om keisersnitt, men fikk nei i syv timer. Han døde. Sykehuset vil ikke kommentere. **Status:** Kritikkk fra Fylkeslegen.

TRYGVE HAUKEBØ (6)



Under fødselen fikk Trygve for lite oksygen i en time. Ble født med cerebral parese og epilepsi. Sykehuset bestrider feil. **Status:** Dom Oslo tingrett.

BENJAMIN LIE (22)



Etter kneoperasjon fikk han mye morfin og lite tilsyn. Døde i sykehussengen. Sykehuset beklager. **Status:** Sykehuset ilagt bot.

ALF SLETTUM (46)



Legene overså muligheten til å redde beinet, og venstre legg ble amputert. **Status:** Sykehuset tar NPE-vedtak til etterretning.

GEIR BORNKESSEL (54)



Lå på sykehus med blodpropp, men ble sendt hjem i pinsehelen. **Status:** Sykehuset tar NPE-vedtak til etterretning.

ROLF SÆTERDAL (51)



Ble sendt fra legevakt til fastlege med brystmerter, døde av hjertestans 50 meter fra legevakten. Legen arbeider ikke lenger der. **Status:** NPE-erstatning.

Av **MAY LINN GJERDING, MONA GRIVI NORMAN, ARILD MYHRE, ANDERS PARK FRAMSTAD og SYNØVE ÅSEBØ**

FREDRIK SKAFTNES (18)



Under stråleoperasjonen på hjernesvulst mistet han synet og ble 100 prosent ufør. Sykehuset vil ikke kommentere. **Status:** NPE-erstatning.

ISAK CAN DAAE (2)



Skulle fjerne mandlene, men døde av en hjerne-skade etter pustestans. Sykehuset beklager. **Status:** Kritikkk fra helsetilsynet.

BRISK HASAN (5 MND.)



Døde etter å ha blitt sendt hjem fra både legevakt og fastlegekontor. Legevakten beklager. **Status:** Kritikkk fra helsetilsynet.

NIKOLAI KNUTSEN (3 DAGER)



I seks timer satt Nikolai fast under fødsel med unormal hjerterytme. Døde etter 3 dager. **Status:** Sykehuset innrømmer feil og beklager.

MATHIAS LANZINGER (30)



Venstre bein ble amputert etter fall i Kvittfjell. Ullevål sier det var uunnngåelig. **Status:** NPE-erstatning.

WENCHE FOSSENG (43)



Kjemisk peeling skadet ansiktet til Wenche. I retten sa legen at han ikke kjente bivirkningen. **Status:** Dom tingretten.

CHRISTIAN AASLAND (27)



En gjenglemet navelstrikk ved fødselen førte til infeksjoner og alvorlig leversykdom. **Status:** Sykehuset tar NPE-vedtak til etterretning.

BIRTE PITZNER (40)



Fikk vite at svulst var godartet, og måtte mase for å få den fjernet. Viste seg å være kreft. Sykehuset beklager. **Status:** NPE-erstatning.

RAMZAN DOSSA (46)



Måtte amputere en legg etter for sen antibiotikabehandling. Sykehuset beklager. **Status:** NPE-erstatning.

PREBEN SRIDEVA (11)



Kollapset med hjertefeil og fikk hjernesvulst som seksåring. Sykehuset bestrider feil. **Status:** Kritikkk fra helsetilsynet.

TOMMY BERG (48)



Legene overså Tommys kreft i 14 måneder. Døde lille julaften. Sykehuset vil ikke kommentere. **Status:** NPE-erstatning.

ROAR BJERKNES (63)



Operasjonen skulle fjerne smertene i føttene, men har gitt kroniske fantomsmerter. Sykehuset vil ikke kommentere. **Status:** NPE-erstatning.

VIBEKE NIELSEN (44)



Fikk kreftdiagnosen for sent, og er i dag alvorlig syk. Sykehuset bestrider feil. **Status:** NPE-erstatning.

ØDELAGT
I HELSE-
VESENET



HELSEJEFEN: Anne-Grete Strøm-Erichsen. Foto: JAN PETER LYNAU

- GJØR ET ENORMT INNTRYKK

– Anslag viser at 2000 nordmenn mister livet og 15 000 får varige skader etter feil hvert år?

– Det er veldig høye og alvorlige tall, beregnet ut ifra internasjonale anslag. Vi jobber nå med å få på plass norske tall, sier helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

– Ifølge Helse Sør-Øst-direktør Bente Mikkelsen, kunne halvparten vært unngått?

– Det er mye unødvendig lidelse. Vi må analysere hendelsene, da kan vi luke ut systemfeilene og se på bakgrunnen for enkeltfeil.

– Hva tenker du etter å ha sett Peter Franks og 39 andre nordmenn som er påført alvorlige skader?

– Det gjør et enormt inntrykk på meg å lese disse historiene, slik jeg er sikker på at det vil gjøre for de fleste andre. Jeg ønsker å gjøre det jeg kan for at det blir mindre feilbehandling.

– Hva er det?

– I mai 2010 etablerte jeg utrykningsenheten i Helsetilsynet. Vi har laget en ti punkts liste for kvalitet, satt i gang en pasientsikkerhetskampanje, offentliggjør snart kvalitetstall for alle landets sykehus, og legger fram egen stortingsmelding om pasientsikkerhet i 2012. I beskjeder til sykehus har jeg flere ganger understreket at det er et ledelsesansvar å ha oversikt over pasientsikkerhet i tjenesten.

– Hvorfor skjer dette først nå?

– Etter at jeg tok over som helseminister i oktober 2009 har det nok akselerert. Jeg er veldig opptatt av dette, og har måttet forholde meg til flere store system saker i mediene, sier helseministeren, og viser til VGs avsløringer av ventelisteskandalen og Nordlandssykehuset.



Av MAY LINN GJERDING, ARILD MYHRE, ANDERS PARK FRAMSTAD, MONA GRIVI NORMAN og KRISTER SØRBØ (foto)

Administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Sør-Øst er krystallklar: Halvparten av svikt og feilbehandlinger kan unngås.

Foran fremtredende helseledere og leger viste hun senest i år frem legenestor Peter F. Hjorts anslag:

2000 døde hvert år og 15 000 varig skadet på grunn av medisinske feil.

Åpenhetskultur

– Halvparten av feilene kan forebygges. Målingene som er gjort i senere tid viser det samme nivået som Hjort kom frem til, sier administrerende direktør Bente Mikkelsen Helse Sør-Øst til VG.

Hun sier det er sterkt å se på de 40 skadede pasientene VG har kartlagt.

For to år siden ga Mikkelsen denne skarpe beskjeden

til landets helseelite, da hun nok en gang viste til Hjorts regnestykke:

«Det dreier seg om alt fra å unngå sykehusinfeksjoner, og til å gi riktige medikamenter og til det å vaske seg på hendene.

Vi vet mye om hvordan og likevel får vi det ikke til. For-

di vi ikke ser det store bildet i hverdagen erkjenner vi ikke alltid at det er veldig problematisk».

Mikkel-

TIPS OSS

Er du blitt utsatt for feil eller svikt i helsevesenet? Send innspill på mail:



arild.myhre@vg.no may.linn.gjerding@vg.no mona.norman@vg.no anders.framstad@vg.no

sen synes at helsepersonell gjør en kjempeinnsats for å sikre god kvalitet i behandlingen, og påpeker at også lederne har et ansvar for å etterspørre kvalitet og honorere kvalitetsforbedring.

– **Hvordan kan man få ned antallet skadede og øke pasientsikkerheten?**

– Ved å sikre reell brukermedvirkning, ved å skape en åpenhetskultur hvor det er naturlig å si fra om feil og mangler, ved å etablere flere kvalitetsindikatorer og bruke de kvalitetsregistrene vi har til forbedring av praksis.

– Fraværende

– Fortsatt er det slik at sykehusinfeksjoner forårsaker mange skader og dødsfall. Etter at vi har fokusert på å forebygge infeksjoner i sykehusene i regionen, har forekomsten av infeksjoner gått noe ned. Det viser at det nytter å endre systemene!

Hun fastslår at det ikke bare er Norge som har et problem.

– Det finnes i all litteratur

««« I MORGEN: HEGE (35) BLE FEILBE

VPARTEN FEILENE KAN FOREBYGGES

GREPET: Administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Sør-Øst sier det er ekstremt sterkt å se bildet av Peter Franks fra sykeengen.

at feil skjer i 5–20 prosent av tilfellene av sykehusbehandlingene, og at 40–50 prosent av feilene kan forebygges, sier Bente Mikkelsen.

Avdelingsdirektør Geir Bukholm ved Kunnskapssenteret opplyser at det er igangsatt en gjennomgang av såkalte «uønskede hendelser» ved alle norske helseforretak

– Vi vil i løpet av sommeren få norske estimater på dette, opplyser Bukholm.

Pasientombud i Akershus, Knut Fredrik Thorne, mener at VGs kartlegging indikerer at de samme feilene gjøres om igjen over hele kongeriket.

– Læringen på tvers i helsevesenet er mer eller mindre fraværende. Svikt på et

sykehus blir ikke kjent, og dermed gjøres den samme tabben uken etter, sier Thorne.

Avtroppende president Torunn Janbu i Den norske legeförening ønsker mer åpenhet.

– Feil kan dessverre aldri unngås helt, men vi må jobbe for å minimere dette. I dag har vi ikke lagt godt nok til

rette for forbedringsarbeid. Det handler i liten grad om enkeltpersoner, men om systemer og rutiner for måling av kvalitet, meldesystemer og tilbakemelding, sier Janbu.

Hun etterlyser kultur for større åpenhet rundt feil og nesten-feil som har blitt begått.

SLIK BEREGNES TALLENE FOR FEILBEHANDLING

Helse- og omsorgsdepartementet viser til Verdens helseorganisasjon som anslår at uønskede hendelser årlig inntreffer i ti prosent av sykehusopphold i vestlige land.

Den eneste nasjonale gjennomgangen av feilbehandling ved norske sykehus ble gjort av professor og legenesestor Peter F.

Hjort, på oppdrag for Helsedepartementet for syv år siden.

Utrekningen er basert på internasjonale anslag om ti prosent uønskede hendelser, samt en rekke internasjonale rapporter, brutt ned på norske forhold.

I et forsiktig anslag kom han da frem til at 2000

dør og at 15 000 skades for livet etter feilbehandling og svikt ved norske sykehus hvert år.

Dette er tallene Norsk Pasientskadeerstatning forholder seg til i dag. Sosial- og helsedirektoratet bruker de samme anslagene i «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten» fra 2005. I Sverige og Danmark er det gjort undersøkelser som viser omfanget av «uheldige hendelser», med prosent-tall på 8,6 og 9 prosent.

Kunnskapssenteret for helsetjenesten prøver nå å kartlegge konkret hvor ofte feilbehandling skjer i Norge. Pasientombudene i Norge får mest klager på

fastleger – men det finnes ingen egne anslag for feilbehandling i primærhelsetjenesten.

I 2007 ga lege og forfatter Peter F. Hjort ut boken «Uheldige hendelser i helsevesenet», hvor han etterlyser et nasjonalt system for rapportering av alle hendelser og nestenulykker i helsevesenet.

Liv og lære

Legetabber kan være uopprettelige – og de er uunngåelige. Vi må leve med legetabber – og håpe at leger lærer av egne og andres feil.

Alle mennesker gjør feil. Heldigvis kan de fleste feil repareres – en dårlig hårklipp kan rettes opp, et feilbygget bad kan rives og bygges på nytt. En feil i en avisartikkel kan beklages og rettes opp neste dag.

En leges feil kan ta liv. Derfor bør leger være den ene yrkesgruppen som ikke gjør en eneste feilvurdering gjennom hele sin karriere.

Men slik er det selvsagt ikke. Vi kan ikke forlange det av noen yrkesgruppe, heller ikke av legene. Men vi kan forlange at de lærer av egne feil – og av andres. Vi kan forlange at helsevesenet dyrker frem en kultur der det oppmuntres til å snakke om tabber og feilvurderinger. En åpenhetskultur der folk deler kunnskap og erfaringer, på godt og vondt.

En slik kultur må bygges fra toppen. Fra helseministeren, gjennom toppbyråkrater i departementene, til sykehusdirektører, hele veien ned til avdelingsledere og den enkelte lege. Det må være lov til å gjøre feil, men det må ikke være lov til å dekke over feilen, late som den ikke har skjedd. Da vil samme feil skje, igjen og igjen.

Det er ledelsen som må bære ansvaret når det er surr med rapporteringen ved store sykehus. Når kreftsvulster oppdages uten at pasienten får vite det. Når journaler forsvinner, slik at pasienter ikke får nødvendig behandling. Når rutinene ikke er gode nok, slik at det slurves med smittefare og hygiene.

Når leger gjør graverende feil, må det få konsekvenser for den som har gjort feilen. Det skjer heldigvis, selv om det ikke skjer ofte. Legene må selv ta ansvar for sine egne handlinger og vurderinger i møte med pasienten.

Noen diagnoser er enkle å sette, andre er mer krevende. Noen pasienter stiller krav, forklarer hvordan de har det, og vet hva de kan be om av videre behandling. Andre stoler fullt ut på legen, de ber ikke om noe, men tar for gitt at legen vet nok til å hjelpe dem videre. Det er legens jobb å sørge for at også disse pasientene får den hjelpen de trenger.

Leger frykter ofte å bli hengt ut offentlig for sine feil. Jeg er sikker på at de legene som har vært involvert i de sakene vi forteller om i VG i dag, har det vondt mens de leser.

Det er lett å forstå det dersom de opplever det slik. Men det er nettopp gjennom åpenhet og debatt, at det kan bli færre feil. Dessverre er det ikke mye som forteller om en slik kultur i dagens Helse-Norge. Hvis vi med våre artikler bidrar til økt åpenhet, har vi oppnådd noe viktig.



ØDELAGT I HELSE- VESENET

● 2000 personer dør hvert år og 15 000 får skader etter feilbehandling og svikt i norsk helsevesen, ifølge et anslag gjort for helsemyndighetene.

● VG har kartlagt historien til 40 personer som har dødd eller fått skader for livet. Du kan lese om dem i papiravisen, på nett og iPad.

● I dag forteller vi om Hege Thorén (35) som ble smittet med hepatitt B av sykehuslegen.



MISTET ADOPTIV- BARN ETTER SPRØYTESLURV



● Smittejakt blant 57 pasienter ● Tre pasienter

Av MAY LINN GJERDING, MONA GRIVI NORMAN, SYNNOVE ÅSEBØ, ALF ØYSTEIN STØTVIG (foto) og TERJE BRINGEDAL (foto)

TØNSBERG (VG)
Hege Thorén (35) får ikke bli mamma. Legens sprøyteslurv ødela kroppen hennes.

Vugge og nye babyklær sto klar på barnerommet. Hege og ektemannen, Mads, hadde blitt godkjent som adoptivforeldre.

Men legetabben på Rikshospitalet stoppet adopsjonsprosessen, forteller paret: – Vi ventet bare på telefon fra Columbia om tildeling, og på å få barnet hjem. Jeg måtte melde fra til Bufetat om at jeg hadde fått hepatitt. I møte med dem gjorde de det klart for oss, at vi ikke kom videre i adopsjonsprosessen på grunn av min usikre hel-

sefremtid, sier Hege Thorén.

I går presenterte VG en kartlegging av 40 vanlige nordmenn som har dødd eller fått skader for livet etter avsvikt, uhell og tabber i norsk helsevesen.

Personlig straff

15 000 nordmenn blir hvert år påført varige skader på norske sykehus, ifølge anslag gjort for helsemyndighetene. Hege Thorén ble en av dem. For fire år siden ble hun smittet av hepatitt B.

Hun kom til Rikshospitalet for å få behandling mot giktsmerter. Legen spredde hepatitt B-virus fra den ene pasienten til den andre, istedenfor å kaste sprøyte og opptrekkskanyle etter bruk – brukte han dem om igjen.

Slik påførte han tre leddgiktspasienter hepatittsmitte, som i verste fall gir dødelig leversykdom.

Helsetilsynet begjærte påtale av legen til Hege. Politiet ga ham en bot på 25 000 høsten 2009, som han godtok.

Legen ved Rikshospitalet

LES HELE HEGES HISTORIE OG



SMERTEFULL HVERDAG: Hege Thorén skulle til behandling for leddgikt i 2007, da legen smittet henne med hepatitt da han brukte samme optrekkskanyler på flere pasienter. Ekte mannen Mads Thoren i bakgrunnen i stuen hjemme i Tønsberg.

hepatittsmittet ● Legen fikk 25 000 kr. i bot

er en av svært få leger som blir personlig straffet for feilbehandling. I fjor ba Helsetilsynet om politietterforskning i åtte saker.

Traumatisk beskjed

Hege ble hundre prosent ufør, og er den første pasienten som orker å snakke om smittedramaet.

Skadesaken ble innmeldt til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) for to og et halvt år siden, hvor saken fortsatt pågår.

På grunn av leddgikten ville det vært en for stor belastning for Heges kropp å bære frem et barn. Derfor ville hun og mannen adoptere.

Beskjeden om at hepatittsmittens ødela for adopsjonsprosessen var traumatisk.

– Vi sa at saken måtte behandles på nytt, og at vedtaket sannsynligvis ut fra sakens karakter, ville bli avslått. Det er klageadgang på avslag, opplyser leder Gunn Helen Vårvik av adopsjons-teamet i Bufetat region sør.

Etter at Hege Thorén slo

alarm, iverksatte Rikshospitalet en omfattende smittejakt. 57 pasienter som hadde vært i behandling hos den aktuelle legen var inne til prøvetakning.

Smittevernlege Egil Lingaas ledet smittejakten på Rikshospitalet.

– Fratatt hjelpepleier

– Ut fra hva legen forklarte, ga han inntrykk av at han ønsket å spare penger.

Legen mener sykehuset tillegger ham galt motiv:

– Tragedien er forårsaket

av at min mann ble fratatt sin hjelpepleier som i alle år har assistert ham under disse svært krevende behandlingene, skriver hans kone på mannens vegne.

– Det er ikke brukt samme sprøyte på flere pasienter. Smitte må komme av at et glass med sjeldnere brukt lokalbedøvelsesmiddel er blitt stående igjen fra en pasient til den neste.

Helsetilsynet ga legen advarsel, og skrev at legens praksis var «klart uforsvarlig».



SLIK SKJEDDE FEILEN: Smittevernlege Egil Lingaas viser hvordan sprøyten ble brukt til injeksjon på en pasient, så ble den koblet til en kanyler i en beholder med væske til gjenbruk.

SE TV-DOKUMENTAR PÅ VG NETT >>>

- DE MÅ STÅ

Av MONA GRIVI NORMAN, ARILD MYHRE og MAY LINN GJERDING

Helsetilsynets direktør Lars E. Hanssen innrømmer at dagens sanksjoner ikke holder. Han varsler flere politianmeldelser – og tøffere tak mot direktører og styreledere.

Statens helsetilsyn skal begjære påtale i de groveste tilfellene av uakt-som feilbe-handling av pasienter.

Det innebærer at tilsynet anbefaler for politiet at det straffes.

I dag skjer det svært sjeldent:

Tilsynet begjærte i fjor påtale i åtte hemmeligholdte saker, mot tre året før. Felles for sakene er at pasienten døde, og at hendelsene beskrives som grovt uforsvarlige.

Ber om endret praksis

– Jeg mener Helsetilsynet i fylkene må endre praksis med flere anbefalinger om politietterforskning i de alvorlige sakene, sier Hanssen til VG.

– Vi vil være tøffere i klypa overfor eiere, drivere av sykehusene, det gjelder særlig direktører og styreledere. Vi vil nå innkalle dem etter at tilsynet har behandlet saker som gjelder alvorlige hendelser, og så må de stå skolerett for hvordan de tar grep for at det ikke skal skje igjen, sier Hanssen.

På VGs spørsmål om «skolerett på kontoret» er tilstrekkelig sanksjon i de groveste sakene, svarer Hanssen nei.

– Tilsynet behandler sakene som tilsynssaker først og gir reaksjoner når det er grunnlag for det. Vi vurderer særlig om det er mangler ved virksomhetens styring og ledelse, men vi reagerer også mot helsepersonell, sier han.

27 leger ble fratatt autorisasjonen i fjor.

Rekordmange meldinger

Helsetilsynssjefen er her på linje med president Torunn Janbu i Legeforeningen. I forrige uke innledet

hun Legeforeningens landstyremøte med følgende:

– Legeforeningen har utført en spørreundersøkelse blant leger på sykehus. Den viser at legene sier sykehusledelsen prioriterer økonomiske mål langt over mål om god kvalitet og god pasientsikkerhet, sa Janbu, som etter talen fikk stående ovasjoner fra legene.

Helsetilsynet fikk i fjor inn rekordmange meldinger – over 2000 tilsynssaker.

Likevel mener fagdirektør i Forbrukerrådet, Terje Kili, som også sitter i Pasientskadenemnda, at det er en «ekstrem underrapportering» av feilbehandling fra helsevesenet selv.

– Det avspeiler to ting. For det første ansattes redsel for Helsetilsynet, ved at det å rapportere om feil kan få følger for dem selv.

– For det andre en lokal interesse eller kultur for at man som behandlingssted eller kollegium ikke ønsker å komme

dårlig ut, sier Kili.

Vil at flere skal rapportere

Nå vurderer regjeringen, med helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen i spissen, å flytte den lovpålagte meldingsordningen fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret.

Målet er at flere helseansatte skal tørre å rapportere feil.

– I dag får vi bare vite om en liten del av det som skjer på sykehusene, men vi ønsker at alle hendelser og nesten-hendelser skal føre til læring, og da må vi gi mulighet til å melde fra uten frykt for represalier. De alvorlige sakene skal fortsatt meldes til Helsetilsynet, sier Strøm-Erichsen.

ØDELAGT
I HELSE-
VESENET

INFO 2000 SAKER I FJOR

● De 2000 sakene Helsetilsynet fikk melding om i fjor, gjaldt enten pasientklage, melding fra helsepersonell eller lovpålagte meldinger fra sykehus ved uønskede eller farlige situasjoner.

● Statens helsetilsyn ga i alt 255 reaksjoner i fjor – hvorav 27 reaksjoner var rettet mot virksomheter og 228 rettet mot helsepersonell.

● Av reaksjonene mot helsepersonell var 98 rettet mot leger, 54 mot sykepleiere og 24 mot hjelpepleiere. 27 leger mistet autorisasjonen og 53 fikk advarsel.

TIPS OSS

Er du blitt utsatt for feil eller svikt i helsevesenet? Send innspill på mail:



arild.myhre@vg.no

may.linn.gjerding@vg.no

mona.norman@vg.no

anders.framstad@vg.no



VIL BLI STRENGERE: – Hvis vi skulle gått hardere på helsepersonell når de har gjort enkeltstående

SKOLERETT

„VI VIL VÆRE
TØFFERE I KLYPA
 OVERFOR EIERE, DRIVERE
 AV **SYKEHUSENE**,
 DET GJELDER SÆRLIG
DIREKTØRER
 OG STYRELEDERE.

Helsetilsynets direktør, **Lars E. Hanssen**



KRITISK: Bjørn-Peder Horn Johansen jobber på den splitter nye Gjøa-plattformen utenfor Florø. VG har sladdet logoen til Horn Johansens arbeidsgiver etter deres ønske. Foto: PER INGE HOLE

– SKJER IKKE AV SEG SELV

Av **MONA GRIVI NORMAN** og **ARILD MYHRE**
Plattformsykepleier Bjørn-Peder Horn Johansen (43) mener sykehusledere slipper å ta ansvar for feil i helsevesenet.

Anestesisykepleieren jobber med helse og sikkerhet på oljeplattformen Gjøa i Nordsjøen.

Her er Johansen vant til å bli sett i kortene av Petroleumstilsynet:

– Hadde Statens helsetilsyn fulgt like godt med på land som Petroleumstilsynet gjør til sjøs, kunne mange liv vært spart.

Fraværende kultur

Som sykepleierstudent opplevde han selv å miste faren etter en alvorlig feilbehandling i 1991. Etter 19 år som ansatt ved norske sykehus, begynte han offshore for seks år siden.

– Det var en helt annen verden. Nyankommende blir berømmet for å si fra om små og store ting som kan føre til uhell og feil.

Den kulturen er fraværende på sykehus:

– Bare man blir kvitt legen eller sykepleieren som får skylden, er det ingen som ser på hva som forårsaket feilen.

– Hvorfor er kulturene så ulike i oljebransjen kontra helsevesenet?

– Fordi Petroleumstilsynet følger med på alt vi gjør.

– Helsetilsynet skal jo gjøre det?

– Ja, men i praksis gjør de ikke det. Gjør man feil så vet man hvem som slipper unna og hvem som står igjen med skylden.

– Trolig tusen vink

Johansen mener helsetilsynet og sykehusledelsen er altfor opptatt av det personlige ansvaret hos legen.

– Feil skjer ikke av seg selv. Trolig har det kommet tusen vink om at noe kan gå galt – lange vakter, prosedyrer som ikke virker, menneskelige relasjoner – før det går så langt at pasienter blir alvorlig skadet eller mister livet.

Helsetilsynet mener selv de kommer godt ut av en sammenligning med Petroleumstilsynet.

– Vi liker å sammenligne oss og utveksle erfaringer med Petroleumstilsynet. En av tingene vi har lært av dette, er nettopp å ha oppmerksomheten rettet mot system og ansvar, sier ass. direktør Geir Sverre Braut i Statens helsetilsyn.

Han viser til den ferske Nordlandssykehussaken der vedtaket i hovedsak var rettet mot systemet.

– Men gjennom loven er vi også pålagt å føre tilsyn med og reagere overfor enkeltpersonell.

- ET ENORMT ENGASJEMENT

250 DELTE SINE HISTORIER PÅ VG NETT

” Jeg ventet tvillinger men den ene døde fordi legene ikke tok affære når prøvene ikke var bra. De trodde ikke det var så ille sa de.

Isabell Berg



” Jeg ble avstivet i 2002 nedre rygg, og operasjonen gikk galt. Jeg ble ufør og er per definisjon ferdigbehandlet. Har i 10 år gått med store smerter og mange følgeskader.

Einar Brendboe



” Ble lam og rullestolbruker etter en feil operasjon i ryggen (..) Det kom frem etterpå at han blant annet ikke hadde gjort alle nødvendige undersøkelser og fulgt forsvarlige rutiner under operasjonen.

Nina Olsen

” Ble sendt hjem fra legevakt med venstresidig lammelse (...) Er i dag lam fra brystet og ned grunnet slag som ble tolket av lege til å være «et litet drypp» - dermed ingen behandling.

Christian Olsen

Av SYNNOVE ÅSEBØ

Flere hundre lesere har delt sine historier på VG Nett etter at VG lanserte serien «Ødelagt i helsevesenet» i går.

Da VG gikk i trykken i går kveld hadde nesten 250 mennesker delt historier om norsk helsevesen på VG

Nett, etter at VG mandag fortalte om 40 norske liv som er ødelagt i helsevesenet.

Samtidig forteller redaksjonell leder for VGTV, Ola Stenberg, om stor respons og høye seertall på dokumentarene på VGTV.

- Vi har brukt mye tid og ressurser på å sette søkelys på en viktig sak. Da er det for det første utrolig bra å se den massive trafikken på

historiene, sier Stenberg.

- For det andre opplever vi et enormt engasjement i sosiale medier, samt at mennesker deler sine egne, vikti-

ge historier på VG Nett.

Leserne som forteller om sin erfaring med norsk helsevesen, kommer fra hele landet.

Fellesbetegnelsen er at de har følt seg dårlig behandlet, og i mange tilfeller feilbehandlet.

Leder i Stortingets helse- og omsorgskomiteé, Bent Høie, mener det må være grunnleggende endring til i norsk helsevesen.

- Det er veldig al-

vorlig det som kommer frem i disse sakene, og de historiene vi har sett i dag bekrefter det inntrykket som jeg selv har fått gjennom enkelt saker der privatpersoner har henvendt seg til meg, sier Høie til VG.

Han etterlyser en holdningsendring i norsk helsevesen.

- Det må gjøres noe med kulturen som gjør at en i helsevesenet kan diskutere at det gjøres feil. Om det ikke snakkes om så vil feilene bli gjort om igjen.

TIPS OSS

Er du blitt utsatt for feil eller svikt i helsevesenet? Send innspill på mail:



arild.myhre@vg.no

may.linn.gjerding@vg.no

mona.norman@vg.no

anders.framstad@vg.no

SE LESERNE HISTORIER PÅ VG NETT

ØDELAGT I HELSE-VESENET

● 2000 personer dør hvert år etter feilbehandling og svikt i norsk helsevesen, ifølge et anslag gjort for helsemyndighetene.

● VG har kartlagt historien til 40 personer som har dødd eller fått skader for livet, og 400 andre har valgt å fortelle om sin feilbehandling på VG Nett.



HAN SKAL DØ
ETTER LEGENS TABBE



ANSLAGET: 5 DØR DAGLIG



40 LIV ØDELAGT



HALVPARTEN AV FEILENE
KAN FOREBYGGES



MISTET ADOPTIV-BARN



DE MÅ STÅ SKOLERETT

Kirurg: - Jeg timers uke

Av MAY LINN GJERDING, ARILD MYHRE, MONA GRIVI NORMAN og TROND SØRÅS (foto)

STAVANGER/OSLO (VG) Leger i Norge går i vaktplaner tilsvarende halvannet årsverk. En lege i Stavanger sier han jobbet 100 timer i uken, to måneder i strekk.

Normal arbeidsuke er 37,5 timer.

Mens helseregionene har beordret full gjennomgang av sykepleiernes dobbeltvakter i kjølvannet av Adecco-bråket, er det lite fokus på pasientsikkerheten knyttet til leger som jobber mye mer.

Forskeren Kristin A. Laugaland gjennomførte anonyme intervjuer blant leger ved Stavanger Universitetssykehus i 2009, i forbindelse med en masteroppgave om «Legers arbeidstid og pasientsikkerhet». Hun refererer en assistentlege og kirurg på følgende, tatt opp på bånd:

«Jeg har jobbet godt over 100 timer i uken. Vi hadde en tøff periode for en stund siden, da hadde vi tre til fire ekstravakter i uken. Det var det vel rundt 100 timer i uken, to måneder i strekk».

En overlege sier:

«I forbindelse med ferieavvikling for eksempel, da bryter vi jo på timeantallet fullstendig med vernebestemmelsene, for da er vi oppi 70 timer i uken i alle fall».

En kirurg forteller om belastningen ved å ha vakt:

«Vi overleger er jo fullbooket, både dagen før og dagen etter vakt. Hvis vi er litt uheldige og blir stående [å operere] hele natten, så er det ikke helt sjeldent at vi kan få øker på 30-35 timer uten å ha sovnet. Flere pasientombud reagerer:

- Riv ruskende galt

- Mange leger tror de er supermennesker. Det er de ikke. Det sier seg selv at folk som er på jobb i et døgn og mer gjør flere feil. Jeg kan nevne at norske sykehus har sluttet med operasjonsdugnader på nattetid fordi det førte til hyppigere skader og infeksjoner, sier pasientombud Knut Fredrik Thorne i Akershus.

- En lege som hadde vært 30 timer på jobb uten søvn, ville ikke fått skjære i meg, slår Thorne kategorisk fast.

- 35 timer på jobb, det er riv ruskende galt! Vi har flere saker der feilbehandling blir forklart med at legene har vært lenge på jobb, sier hans kollega i Nordland, Inger Marie Sommerset.

- Man ser leger som knapt tør å sette seg ned av frykt for å sovne, sier Sommerset, som selv har jobbet nattevakter som intensivsykepleier.



FORSKER:
Kristin A. Laugaland.

INFO/ Legeundersøkelsen

Legeforeningen har spurt sine tillitsvalgte om hvorfor det er inngått avtaler som avviker fra vernebestemmelsene. Her oppgir 63 prosent at «det var i begge parter interesse», fem prosent at det var i legens egen interesse, mens åtte prosent viste til krav fra arbeidsgiver. I undersøkelsen forklares resultatet med at en av tre leger mener det ikke er mulig å «etterleve vernebestemmelsene fullt ut, gitt dagens legebemanning».

Legeforeningen sier at både legene og arbeidsgiverne har felles interesser i at god pasientsikkerhet og forsvarlige arbeidsforhold ivaretas på sykehusene.

- Arbeidsforholdene i de nevnte enkelttekstene kan ikke aksepteres, men er nok ikke representative. Legeforeningen er svært oppatt av både pasienters og legers sikkerhet og arbeidsmiljø, sier Torunn Janbu, avtroppende president i Den norske legeforening.

Legene er unntatt fra Arbeidsmiljøloven. De er i stedet omfattet av vernebestemmelser som blant annet tillater dem å jobbe inntil 60 timer i uken.

I prinsippet finnes det imidlertid ingen øvre grense - fordi tariffavtalen åpner for at arbeidsgiver og lege kan avtale tjenesteplaner som også bryter med vernebestemmelsene. Og det skjer. Ofte.

- Forholder oss til avtaler

I en spørreundersøkelse publiserte i 2007, oppga 80 prosent av de tillitsvalgte at de kjente til slike avvikende avtaler.

I tre av fire tilfeller ble ordningene betegnet som «av permanent karakter». Det ble anslått at minst 1650 leger var omfattet av ulike avvik.

■ 37 prosent av de tillitsvalgte rapporterte om leger som jobbet utover 60 timer pr uke.

■ Seks av ti rapporterte om leger som var mer enn de tillatte 19 timer på jobb i strekk.

■ Drøyt halvparten meldte fra om leger som ikke hadde minimum 28 timer sammenhengende fritid pr. uke.

VG er kjent med tjenesteplaner ved norske sykehus som er lagt opp slik at de bryter alle disse tre bestemmelsene. For enkelte leger er det avtalt vaktordninger opp mot 60 timers uke i snitt - altså halvannet årsverk. Da er under 20 prosent av tjenesteplanen passiv vakt (hjemmevakt).

Leder i Yngre legers forening og påtroppende president i Legeforeningen, Hege Gjessing, sier man ikke har nye tall, men bekrefter at «det nok er en del døgnvakter fremdeles».

- Vi forholder vi oss til de gjeldende avtalene, men dette er snakk om et bemanningsspørsmål, sier hun.



Pasientombud: Mange leger

g jobbet 1000 i to månededer



SYKEHUSDIREKTØR: Maiken Jonassen, personal- og organisasjonsdirektør ved Stavanger Universitetssykehus, sier ledelsen ved sykehuset jobber for å redusere bruddene på vernebestemmelsene.

– VANSKELIG Å UNNGÅ

– Brudd på vernebestemmelsene skyldes i noen tilfeller at den enkelte lege etter eget ønske er villige til å gå vakter ut over regelverkets bestemmelser. Dette er det vanskelig å unngå dersom det heller ikke er andre kvalifiserte leger tilgjengelige. En slik akutt situasjon er ikke uvanlig.

Det sier personal- og organisasjonsdirektør Maiken Jonassen ved Stavanger Universitetssykehus.

– Brudd på vernebestemmelser oppstår ved ekstraordinære situasjoner som for eksempel sykefravær eller rekrutteringsutfordringer. Ledelsen er opptatt av å redusere bruddene og jobber aktivt med å redusere disse, sier Jonassen til VG.

Hun viser til at arbeidsbelastningen ved den omtalte avdelingen ble avhjulpet høsten 2009, da det ble innført et ekstra vaktskift for leger i spesialisering.

På spørsmål om sykehuset kan utelukke at tilsvarende tilstander fortsatt eksisterer, viser hun til at det nå utarbeides oversikter over medarbeidere som har jobbet spesielt mye. Tallene gjennomgås månedlig av ledergruppen, arbeidsmiljøutvalget og hovedtillitsvalgte.

– Ledelsen har i dag god oversikt over hvor mye den enkelte medarbeider jobber, sier Jonassen.

FLERE DØR I HELGEN

Tall fra Det Nationale Indikatorprosjekt (NIP) i Danmark viser at kvaliteten på akuttmedisinsk utredning og behandling er dårligere i helgene enn i ukedagene.

Samtidig indikerer tallene at dødeligheten også er høyere ved helgeinnleggelse.

Tallene og konklusjonen bygger på tre akutttilstander som NIP måler på: Apopleksi, hoftebrudd og akutt mageblødning.

INNFØRTE NYE SKIFT

Ved intensivavdelingen ved Universitetssykehuset Mas i Malmö har man innført tredelte skift for legene slik det praktiseres for sykepleiere.

Dødelighet 30 dager etter utskrivelse sank fra 17 prosent med gammel legeturnus til 11 prosent med ny legeturnus. De som ga omleggingen æren, viste til at det nå var mulig å drive mer utstrakt intensivarbeid døgnet rundt, mens den gamle vaktordningen innebar flere utsettelse for pasienten fordi det var færre leger på jobb på kveld og helg. Studien er imidlertid blitt kritisert for at før-tallene ikke skal ha vært tilstrekkelig sammenlignbare.

tror de er supermennesker

- UFATTEDELIG AT

Av MAY LINN GJERDING,
ARILD MYHRE, MONA GRIVI
NORMAN og
FRODE HANSEN (foto)

Overlegen på 24-timersvakten sov den natten Solveig Eek Bistrups datter døde. Uforsvarlig, mener moren.

Nå forlanger Elisabeth Bistrup Linnes' foreldre at legenes arbeidstid tas opp til debatt.

- Vi mener legenes arbeidstidsbestemmelser er uforsvarlige, sier Bistrup.

Flyplasser blir stengt om flygelederne har jobbet for lenge. Piloter kan bare jobbe ni timer om natten, og må hvile i minst ti timer etterpå. Grensen for nattarbeid for langtransportsjåfører og lokførere er 8 timer.

Kjempet for livet

Slike regler gjelder imidlertid ikke for norske leger - med ansvar for tusenvis av pasienters liv og helse.

- Hvem ønsker å bli operert og behandlet av en lege som har vært i tjeneste i så mange timer? Hvor er politikerne, som vedtok reglene for piloter og lastebilsjåfører? Det er ufattelig at leger får lov å jobbe så lange vakter, sier Bistrup.

Da 28-årige Elisabeth Bistrup Linnes døde av svangerskapsforgiftning i 04-tiden om natten, hadde legen vært på jobb ved Sykehuset Asker og Bærum siden kl. 07.45 dagen i forveien. Det samme hadde assistentlegen. Begge skulle jobbe til klokken 08.00 om morgenen.

Mens 28-åringen kjempet for livet, hadde den ansvarlige overlegen, uten å gi Elisabeth tilsyn og undersøke henne, vurdert tilstanden som udramatisk og lagt seg for å sove.

«Det er forståelig at du var sliten og ønsket å legge deg ned på for å hvile. Etter vår vurdering innebærer imidlertid en rett til å gå og legge seg på aktiv vakt at alle uavklarte spørsmål knyttet til pasienter og at alt arbeids som ikke kan vente til neste dag er unngjørt», skriver Helsetilsynet i sin advarsel til overlegen.

Helsetilsynet har gitt sykehuset kritikk for flere mangler ved organiseringen, men organiseringen med døgnlange vakter er ikke en del av kritikken.

Som 1 i promille

- Vi er tilbakeholdne med å kommentere og vurdere lengden på vaktene, da vi mener det er et spørsmål som tilhører arbeidslivet. Det vi er oppatt av er at virksomheten organiseres på en forsvarlig måte, sier avdelingsdirektør Gorm Are Grammeltvedt i Statens helsetilsyn.

- Det betyr at for helsetilsynet er ikke vaktens lengde avgjørende, men hvor mye det er å gjøre på vekten?

- Ja, svarer Grammeltvedt. «Det er tankevekkende at leger kan drive med direkte pasientbehandling under forhold som tilsier at de ikke er i lovlig stand til å kjøre bil», skriver doktorgradsstipendiat Kristin Alstveit Laugaland i sin masteroppgave fra 2009 om legers arbeidsforhold ved Stavanger Universitetssykehus (SUS).

Hun viser til internasjonal forskning som fastslår at et-

ter et døgn uten søvn er kroppen i en tilstand av mellom 0,5 og 1 i promille.

En ettertenksom overlege hun har intervjuet sier dette om kolleger som kjører hjem fra en lang og tøff vakt:

«Dersom de hadde kommet ut for noe, og gitt beskjed om at de ikke hadde sovet hele natten, så hadde det kanskje blitt straff ifølge Vegtrafikkloven. Men om de hadde gått på poliklinikken og operert en

pasient, så hadde det vært helt i orden».

Det er delte oppfatninger blant forskere om lange vakter svekker pasientsikkerheten, konstaterer Laugaland. «Andre risikofylte industrier har imidlertid ikke ventet på bevis for slike sammenhenger», påpeker hun.

Christopher Landrigan og Harvard-kollegene har for eksempel publisert noen av

verdens mest kjente studier om lange vakter og nattarbeid.

De viste blant annet at leger som jobber mer enn 16 timer i strekk, stiller fem ganger så mange feildiagnoser, gjør 21 prosent flere medisineringsfeil og 36 prosent flere feil i behandlingsprosedyrer.

Tar snarveier

Forskning viser også at leger

” HVEM ØNSKER Å
BLI OPERERT OG
BEHANDLET AV EN
LEGE SOM HAR VÆRT
I TJENESTE I SÅ
MANGE TIMER?

Solveig Eek Bistrup, mor



DØDE: Elisabeth Bistrup Linnes mistet livet på grunn av svangerskapsforgiftning.
Foto: PRIVAT

LES HELE ELISABETHS

DE FÅR LOV

ØDELAGT
I HELSE-
VESENET

ERKJENNER ØKT RISIKO

Mens flertallet av de intervjuede legene i Kristin A. Lauglands undersøkelse mener lange vakter i seg selv ikke er hovedproblemet, erkjenner flere at nattarbeid medfører økt risiko for feil.

”Jeg tror ikke det er en fordel å bli operert midt på natten, nei, det tror jeg ikke. En står da i større fare for å gjøre en dårligere jobb. En har større tilbøyelighet for å ta mer lettvinde løsninger på nettene enn på dagtid, du er mer klar for å bli ferdig.
Assistentlege

”Jeg er helt enig i det litteraturen sier at leger ikke er annerledes enn andre når det gjelder søvn. Vi tåler det ikke bedre enn andre. Vi prøver kanskje å gi uttrykk for det, men vi gjør det garantert ikke.
Overlege

”Risikoanalyser burde blitt benyttet mer i helsevesenet. Men, de hadde nok ikke tålt dagens lys.
Assistentlege

”På assistentlegenivå er det for stor vaktbelastning, det kan ikke være forsvarlig, spør du meg. Det er jo bare lykken som gjør at det går bra.
Overlege

”At en er trøtt på natten og at det virker inn, er det ingen tvil om. Jeg kjenner jo hver gang jeg opererer på nattetid at her burde jeg ikke være.
Overlege



ETTERLATT: Solveig Eek Bistrup mistet sin datter på overlegens 24-timersvakt. Hun mener helsemyndighetene må ta et oppgjør med legenes arbeidstidsbestemmelser.

i lange vakter leser EKG-diagrammer dårligere, de husker dårligere, det bruker lenger tid på å trekke konklusjoner og de har en tendens til å ta «snarveier».

En internasjonal, sammenlignende undersøkelse av piloter og leger gjort i 2000, viser imidlertid at leger har en betydelig større tendens til å avvise tretthetsvirkninger. Mens 70 prosent av kirurgene mente tretthet ikke hadde

noen negativ effekt på deres jobbprestasjoner og yrkesutøvelse, mente like mange av pilotene det stikk motsatte.

I Lauglands undersøkelse er det flere leger som mener fordelene med kortere vakter ville blitt overgått av ulempe - med desto dårligere kontinuitet i pasientbehandlingen.

Selv mener hun det trengs enda mer forskning på feltet. - Arbeidstid kan ikke stude-

res isolert når risiko skal vurderes. Sentralt i diskusjonen bør være sammenhengen arbeidstidsbestemmelsene

praktiseres i, hvor flere faktorer spiller inn. Samtidig er det viktig ikke å undervurdere risikoen knyttet til lange vakter, hvor det sentrale er at forsvarligheten overfor pasientene ivaretas, sier Laugaland, som fremfor alt etterlyser en overordnet og helhetlig sikkerhetstenkning i helsevesenet.

TIPS OSS

Er du blitt utsatt for feil eller svikt i helsevesenet? Send innspill på mail:



arild.myhre@vg.no

may.linn.gjerding@vg.no

mona.norman@vg.no

anders.framstad@vg.no

HISTORIE PÅ VG NETT OG VG +

ØDELAGT I HELSE-VESENET



HAN SKAL DØ ETTER LEGENS TABBE



ANSLAGET: 5 DØR DAGLIG



40 LIV ØDELAGT



HALVPARTEN AV FEILENE KAN FOREBYGGES



MISTET ADOPTIV-BARN



DE MÅ STÅ SKOLERETT



Kirurg: - Jeg jobbet 100 timers uke i to måneder



UFATTELIG AT DE FÅR LOV



VG I GÅR

● 2000 personer dør hvert år etter feilbehandling og svikt i norsk helsevesen, ifølge et anslag gjort for helsemyndighetene.

FRYSES UT

Av MAY LINN GJERDING, MONA GRIVI NORMAN, ARILD MYHRE, ANDERS FRAMSTAD og TORE KRISTIANSEN (foto)

Flere leger tar nå et oppgjør med fortieelse av feil. Kommuneoverlege Ernst Horgen opplevde marerittet alle frykter.

Horgen (57) fikk en advarsel fra Statens helsetilsyn etter en feil, som fikk fatale konsekvenser for pasienten.

– Det som skjedde kommer til å være med meg resten av livet. Jeg tror det er viktig å alminneliggjøre at feil kan skje. Det ligger i det å være lege, sier han.

Den rutinerte og betrodde legen fikk full krisereaksjon etter at det gikk galt. Han slet med søvnløshet, paranoia, tristhet og hadde vanskeligheter med å fungere i jobben.

– Familien til pasienten har det verst. Men selv opplevde jeg også en sorgreaksjon, selv om jeg følte at jeg gjorde så godt jeg kunne, sier han.

En evig frykt

Horgen har ikke drøftet situasjonen med de pårørende.

– Hvorfor er det så vanskelig å snakke om?

– Fordi det er smertefullt for meg, og smertefullt for dem det gjelder, sier Horgen som i dag er sentraltillitsvalgt for fylkeslegene, distriktslegene, legene i NAV og departementene.

Saken tok over ett år å behandle i Helsetilsynet – noe som Horgen opplevde som en evighet. Han mener at det er uryddig at tilsynet både gransker og legger sanksjoner.

Frykten for det han opplevde sitter i ryggmargen til mange leger. I verste fall har noen opplevd å bli utfroyst etterpå, ifølge tilsynsdirektør Lars E. Hanssen.

– Det kan være veldig tøft for noen leger som har gjort alvorlige feil. Folk snur ryggen til dem i kantinen, vil ikke sitte og spise sammen med dem. Feil ties ned og det er ikke bra for noen parter, sier Hanssen.

– Større åpenhet

Lege Silje Bakken Jørgensen (35), foretakstillitsvalgt for Yngre legers forening ved Ahus, påpeker at det er menneskelig å feile, men at tilbagemeldingene varierer.

– Noen steder blir feil tidd i hjel, andre opplever fordømmelse, mens noen er veldig flinke til å håndtere feil.

Mange unge leger vurderer å hoppe av. – Jeg vet at mange yngre leger har sluttet på avdelinger fordi de har gjort feil og ikke blitt fulgt opp, sier påtroppen-



UNGE LEGER FOR ÅPENHET: – Dersom feilen får alvorlige konsekvenser vil man kanskje kverne, forklare Johan Torgersen (t.h.) er for en åpenhetskultur rundt feil.

● Leger er redde for å bomme

● Taushet rundt feilbehandling

de leder, Johan Torgersen (36), i Yngre legers forening.

Lege Kristian Fosså (33) ved røntgenavdelingen ved Oslo universitetssykehus er for større åpenhet om feil, spesielt overfor pasienten men også internt. Han

er også tillitsvalgt ved sykehuset.

– Fortieelse kan nok ofte være det vanskeligste: Alle vet om feilen, men ingen sier noe, hverken som støtte eller kritikk.

– Hvorfor forekommer taushet rundt feilbehandling?

● VG har kartlagt historien til 40 personer som har dødd eller fått skader for livet, og 400 andre har valgt å fortelle om sin feilbehandling på VG Nett.

ETTER FEIL



BRØT TAUSHETEN

Flere leger tok bladet fra munnen, og holdt flammende innlegg om yrkesrollen og feilbehandling under Legeforeningens landsstyremøte forrige uke.

” Det er viktig å snakke om dette! Det som slår meg mest når jeg snakker med leger om dette, er at det har vært helt taust. Ingen har snakket om det.

” Hvordan påvirkes vi da av disse hendelsene? (...) Ofte føles det som om grunnen rykkes vekk under oss, vi opplever at vi mister kontrollen, vi kan føle oss i sjokk og bli fortvilte. De følelsesmessige reaksjonene kan være langvarige, særlig om feilen hadde alvorlige konsekvenser.

Jeg har snakket med flere leger som kanskje ikke har sovet en eneste natt siden dette skjedde, kanskje i et år eller halvannet fordi de våkner om natten og så begynner tankene å kverne på dette.»

Karin Rø, lege og forsker ved Forskningsinstituttet

” Vi har hatt denne problemstillingen mye på agendaen det siste året, med den såkalte kirurgiskandalen. Det fikk voldsomme konsekvenser for legene som var involvert: De har flyttet fra landet, ungene turde ikke gå på skolen, familiemedlemmer var på randen av sammenbrudd.

Margit Steinholt, Helse Nord

” Vi i YLF mener at vi som yrkesgruppe i for liten grad melder om feil og uønskede hendelser. Årsakene er sammensatt: Manglende opplæring, sviktende håndtering fra ledelsen, tidspress, misforhold mellom oppgaver og ressurser, ukultur ... listen er lang.

Fredrik Sund, Yngre legers forening (YLF)

” Vi etterlyser også en personalansvarlig for legene når noe går galt. Hadde det ikke vært greit om avdelingsoverlegen fikk anledning til å lese tilsynsrapportene som gjaldt sin egen avdeling? Det er faktisk heller ingen selvfølge.

Erna-Gunn Moen, Norsk overlegeforening

LEGENES KRISESENTER

Legene må kunne si at de er fryktelig lei seg.

– Etter en feil eller en uheldig hendelse er det selvsagt pårørende og pasient som står i sentrum, men også helsepersonell kan slite med ringvirkninger, sier spesialist i arbeidsmedisin, Karin Isaksson Rø.

Siden 90-tallet har over 1300 leger besøkt vakre Villa Sana på Modum Bad.

Hit kommer leger for å snakke med en kollega og få hjelp til å takle yrket: stort arbeidspress, tøffe arbeidssituasjoner og det å være involvert i feil eller uheldige hendelser som har fått konsekvenser.

– De fleste blir veldig berørte og fortvilte når feil skjer. De har gjerne nære relasjoner til pårørende og pasient, må kanskje forholde seg til tilsyn, politi og media, og opplever ulike holdninger på arbeidsplassen, sier Rø som jobber ved Villa Sana og Legeforeningens forskningsinstitutt, til VG.

Best er det på arbeidsplasser der det åpnes for å snakke om feil. Taushet er ofte like vanskelig å takle som kritikk.

– Dersom vi i helsevesenet klarer å snakke med hverandre om feil, blir det også lettere å møte pasient og pårørende på en god måte, sier hun.

– FIKK RASK BEHANDLING

Avdelingsdirektør Gorm Are Grammelvedt ved Statens helsetilsyn opplyser at Horgen har fått uttale seg, og blitt orientert underveis. Han påklaget vedtaket til helsepersonellnemnda, som opprettholdt vedtaket.

– I Norge er det valgt at tilsynsmyndigheten skal kunne gi reaksjoner. Det er også valgt at tilsynet gir advarsler ved alvorlige feil.

– Jeg tror det er en menneskelig, at man synes det er vanskelig å snakke om ting man har skyldfølelse for. Feil er generelt vanskelig å snakke om. Samtidig er dette helt nødvendig for at andre skal kunne lære av dem, sier Fosså som selv har fått god støtte etter feil.

– Hvordan takler du å gjøre feil?

– Det går hardt innpå oss å gjøre feil, det kan jeg skrive under på. Likevel vil jeg ikke at det skal fremstå som at det er synd på oss leger. Det er jo pasienten som er rammet, sier Fosså.

Anestesilege Johan Torgersen understreker at alle leger har gjort eller

kommer til å gjøre feil – noe vi må leve med.

– Vi skal ikke akseptere og stå alene når feil skjer. Det vil nesten alltid være en systemfeil når en menneskelig feil er gjort. Ledelsen må alltid ta sin del av ansvaret.

! I en undersøkelse utført av Legeforeningens forskningsinstitutt for noen år siden, oppga 28 prosent av norske leger at de har opplevd at en pasient har blitt skadet i forbindelse med behandlingen de har gitt.

og rettferdiggjøre for seg selv hvorfor ting skjedde for resten av livet, sier lege Silje Bakken Jørgensen. Hun og legekollegene Kristian Fosså og

ØDELAGT I HELSE-VESENET

VG har kartlagt 40 nordmenn med pasientskader. Dette mener de om Norsk pasientskadeerstatning:

■ Føler seg ofte ikke hørt, får ikke personlig møte.

3 AV 4 PASIENTER M



OLE JOHAN ARNESTAD (57)

Sendt hjem med blodforgiftning, mistet beina, åtte fingre og ble hjerneskadet.

Fikk avslag av NPE og Pasientskadenemnda. Tapte første runde i retten mot

staten, men vant i lagmannsretten etter fem års kamp. Risikerer fortsatt ny behandlingssrunde om erstatningsbeløpet.

– Det er slitsomt, sier datteren Line Arnestad til VG.

NPE svarer at de har utbetalt beløpet de mener er riktig, og har fastsatt ménerstatning etter juridiske vurderinger basert på spesialistek-læringer.



ELIAS SOLTVEDT ()

Fikk cerebral parese under fødselen, etter en strømstans ved sykehuset.

Fikk avslag av NPE og Pasientskadenemnda.

Slakter Norsk Pasientskadeerstatning

74 prosent av brukerne er kritiske til NPE: Nå foreslår eksperter at erstatningsordningen innfører personlige møter med pasienten.

Misnøye gjennomsyret resultatene i en undersøkelse TNS Gallup har gjort for Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

Mandag startet VGs serie om feilbehandling og svikt i helsevesenet. Vi kartla 40 personers som har fått livet ødelagt i helsevesenet:

Av de 27 som har fått saken sin ferdig behandlet i NPE, endte halvparten med å anke vedtak eller erstatningssum til en høyere instans.

– Det føltes som Davids kamp mot Goliat, lille meg mot staten, sier ryggmargsskadde Elsa Andersen (61), som fikk erstatning etter å ha trukket staten for retten.

Opptatt av tillit

33 400 pasienter har meldt inn feilbehandling til NPE de siste ti årene. Nå er så mange som tre av fire brukere direkte kritiske til NPE-ordningen, fremgår det i gallupundersøkelsen.

– Det at såpass mange er kritiske til virksomheten, er ikke bra for oss. Vi er opptatt av å ha tillit i befolkningen, sier kommunikasjonssjef Øydis Castberg i NPE.

Særlig er det oppfatningen av virksomheten som bekymrer. Kun 30 prosent av de spurte opplever at NPE har pasientene i fokus. 40 prosent er uenige i dette.

– Pasientene forventer ofte at NPE skal være pasientens «advokat», mens NPE er en nøytral etat som skal vurdere om de har rett til erstatning. Vi ønsker å ivareta pasientene, men dette er ikke nødvendigvis det samme som at vi alltid er enige, sier Castberg.

– Dette handler mye om forventninger: Vi har gått gjennom informasjonen på nettsidene våre for å sørge for at pasientene har et realistisk bilde av hva som skal til for å få erstatning etter en behandlingsskade.

Med på råd

Advokat Espen Rekkedal har jobbet i NPE tidligere, og mener erstatningsordningen ville tjent på å innføre mer personlig saksbehandling.

– Jeg tror ikke det ville kostet mye å inkludere et personlig møte i saksbehandlingen. I noen tilfeller ville en slik samtale også avdekke kritikkver-



VG MANDAG



VG TIRSDAG



VG ONSDAG



VG I GÅR

■ Mange opplever NPE som en knallhard motstander.

■ Mange sier det er utmattende med årelange runder.

■ Flere beskriver NPE-behandlingen nesten mer belastende enn skaden.

ISFORNØYDE



6)

Først da tredje sakkyndige gikk gjennom saken, ble poenget om strømstans tatt med. Inngikk forlik med staten like før rettssaken og har nå fått erstatning fra NPE.

– Vi følte vi ikke ble trodd, sier mamma Helle Soltvedt.

NPE svarer at saken var medisinsk svært komplisert, og at de tar domstolens avgjørelse til etterretning.



ELSA ANDERSEN (61)

Lammet etter en operasjon i ryggraden hun ikke hadde gitt tillatelse til.

Fikk avslag av NPE og Pasientskadenemnda. Vant saken i tingretten, men staten

anket til lagmannsretten. Etter seks år vant Elsa rett til erstatning i 2010.

Erstatningsbeløpet behandles fortsatt i NPE. – Det føles som om de anker saken, for at jeg skal

gi opp på veien, sier Elsa Andersen.

NPE svarer at saken har vært vanskelig, og at de tar lagmannsrettens vurdering til etterretning.

atning i fersk undersøkelse

dige forhold som klageren av ulike årsaker ikke trodde var vesentlige, sier advokaten.

Med 13 års erfaring fra Pasientskadenemnda, foreslår advokat Janne Larsen følgende forbedring av systemet:

– NPE bør i større grad tar pasienten og pasientens advokat med på råd under saksbehandlingen. Spesielt viktig er dette ved valg av medisinsk sakkyndige og utforming av mandat (spørsmål til de sakkyndige). Dersom partene på forhånd har blitt enige om en sakkyndig, vil det styrke pasientens tillit til ordningen og gjøre det lettere å akseptere vedtaket.

Elsa Andersen sier hun først fikk lagt fram saken med egne ord da hun forklarte seg i retten. Hun vant frem både i tingretten og i lagmannsretten.

– Generelt sett kan vi si at det i noen få saker vil være en fordel for saken å høre skadelidte direkte. Pasientskadeordningen er imidlertid basert på at saksbehandlingen i hovedsak skal foregå skriftlig – med en saksmengde på mellom 3000–4000 saker i året er det en nødvendighet, svarte avdelingsdirektør Anne-Mette Gulaker i NPE til Andersens ønske.

I fjor tok 62 prosent av NPE-sakene mer enn ett år å behandle, mens bare fire prosent av sakene hadde en behandlingstid under seks måneder.

Likevel forstår 42 prosent forstår at det tar tid, ifølge spørreundersøkelsen.

– Dette overrasker oss egentlig ikke, vi er flinke til å sende ut informasjon om sakene underveis i saksbehandlingen, sier Øydis Castberg.

! Les mer om folks møte med NPE i oversikten over 40 liv som ble ødelagt i helsevesenet på VG Nett

TIPS OSS

Er du blitt utsatt for feil eller svikt i helsevesenet? Send innspill på mail:



FAKTA DETTE ER NPE

- Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er et statlig forvaltningsorgan som behandler krav om erstatning fra pasienter, som mener de har fått skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten.
- For at du skal få erstatning etter en pasientskade, må fire vilkår være oppfylt.
 1. Skaden må skyldes behandlingen
 2. Skaden må skyldes svikt i behandlingen
 3. Skaden må ha ført til et økonomisk tap
 4. Skaden må ikke være for gammel
- NPE-reformen førte til at personlig ansvar for leger ble borte, når det gjelder erstatning. Frem til 1988 gikk det altså an å saksøke leger etter feilbehandling i Norge. Det er mulig å reise krav om oppreisning til leger, men det gjelder mindre beløp for tort og svie. Dette skjer i praksis ikke.
- NPE er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og ble opprettet i 1988.
- 1. januar 2009 ble loven utvidet til også å omfatte privat helsetjeneste.
- Pasientskadenemnda behandler klager over enkeltvedtak fra NPE.

Olve (42) ikke «skadd nok»

Av MAY LINN GJERDING,
SYNNØVE ÅSEBØ, MONA
GRIVI NORMAN,
MATHIAS JØRGENSEN og
HUGO BERGSAKER (foto)

SANDNES (VG) Olve Østebø mistet øyet, etter at legene overså kreften. Nå kjemper han for erstatning fra staten, men må betale egen saksføring fordi skaden ikke er større.

Akkurat nå jobber 5000 nordmenn for å få erstatning av Norsk pasientskadeerstatning (NPE) – Olve er en av dem. Øyehulen gaper mot ham i speilet. Vev og nerver er skåret bort fra hals og nakke. Han kan ikke bevege armene når han går.

Smertene gnager fra innsiden av benene.

Nå er Olve kreftfri, men risikerer tilbakefall. Skadene har gjort ham delvis utfør.

Men skaden er bare «gjennomsnittsnormen», ifølge NPE.

Fikk kreft i ansiktet

Dermed avsto de Olves søknad om å få dekket advokatbi-stand, så han må punge ut for dette selv.

– Jeg får kompliserte medisinske skriv som jeg skal kommentere, men ikke har forutsetning til å imøtegå uten hjelp, sier 42-åringen fra Sandnes.

Han føler avmakt i kampen mot staten.

Maskiningeniørens mareritt startet med verk og fornemmelse av «rusk i øyet» og en folbar kul på kinnet. Det gikk to år fra han først oppsøkte legen med symptomer til det ble slått kreftalarm. I fjor måtte øyet skjæres ut.

Pasientens innspill avvist

Stavanger Universitetssjukehus beklager feildiagnostiseringen og mannens betydelige pasientskade på det sterkeste.

NPE mener at Olve burde ha fått diagnosen «kreft i tårekjertelen» allerede i 2008 - og at sykdommen trolig ble mer



UOPPRETTELIG: Olve Østebø er fortsatt ikke vant til å ha bare ha ett øye, og bruker av og til en øyeprotese for å skjule hullet hvor øyet skulle ha vært. R11; Det er noe rart når jeg ser meg i speilet, det ikke slik jeg ønsker se meg selv, sier han.

omfattende som følge av forsinkelsen. Han reagerer på at innspillene hans blir avvist av NPE.

– Vi har ved flere anledninger anbefalt at leger og spesialister som har behandlet meg i ettertid, og som kan bekrefte feil diagnose ved første undersøkelse og operasjon må få uttale seg. Dette for å få et riktig bilde i saken.

– Gjør inntrykk

Dette blir ikke engang vurdert fra deres side.

– Alle de journaler og uttalelser som virkelig har betydning for saken må vi hente selv, koste selv og fremlegge som bevis selv, sier Olve Østebø oppgitt.

Nå vurderer Norsk pasientskadeerstatning hvorvidt Olve skal få erstatning eller ei.

Avdelingsdirektør Anne-Mette Gulaker sier at Olves situasjon gjør inntrykk.

– Det er ikke bare feilbehandling og vår saksbehandling som har påvirket Østebø's liv; han har tross alt en alvorlig kreftsykdom som uansett ville ha påvirket livet hans. NPEs oppgave er å finne ut om det har skjedd noen svikt i behandlingen av Østebø som har påført han en skade som gir rett til erstatning, sier Gulaker.

Hun påpeker at regelverket er strengt for å få dekket utgifter til advokat.

– Dette kan påklages til Pasientskadenemnda, men det har Østebø og hans advokat så langt ikke ønsket.



SE TV-DOKUMENTAR OM OLVE OG LES HELE HISTORIEN PÅ VG NETT



TIDKREVENDE KAMP: Etter omfattende skader og usikker prognose, må Olve gjennom tidkrevende korrespondanse med NPE og Gjensidige. Utfallet avgjør Olves og familiens økonomiske fremtid.



FØR: Olve Østebø med begge øynene i behold. Han har vært i full jobb som maskiningeniør ved et stort firma i Sandnes i Rogaland.

Foto: PRIVAT

● Får ikke advokathjelp
● 5000 i kø for erstatning

Debatt

Debattredaktør



Elisabeth Skarsbø Moen

Debattredigerer



Knut Åge Hansen

Kronikker og replikker sendes til debatt@vg.no
 Leserinnlegg til sidet@vg.no
 Hovedkronikk: 4500 tegn
 Replikk: 3000 og 1500 tegn

Alle innlegg blir vurdert i løpet av en uke, og alle får svar. **TELEFON 22 00 00 00**

SITATET

» **Det største problemet hos mange muslimer er at de ikke deltar i samfunnsdebatten.**



Olav Elgvin,
samfunnsdebattant til Civitas frokostmøte

KLIPPET

Why Anne Sinclair is standing by Dominique Strauss-Kahn

Plus the former EU chief faces charges of sexual assault, the journalist about his sex life and working around the world. But why women refuse to believe a word of it? - the site

Dominique Strauss-Kahn
Anne Sinclair
1 June 2011



I Frankrike har to sentrale nedarvede holdninger dukket opp i post-DSK æraen. Først, en reaksjon på kjønnsdiskrimineringen og trakasseringen som har vært utbredt i den politiske klassen. Så, enda viktigere, en fremtvinget erkjennelse – etter all bagatelliseringen av beskyldningene av politikere – av at voldtekt er voldtekt.

guardian.co.uk

FOLKET MENER

Legalisering av narko?

Sånn alt i alt så har vi drevet den såkalte «krigen mot narkotika» i over 60 år uten at det til dags dato har vært levert ett eneste vellykket resultat, ikke ett eneste vunnet «slag» og ikke en eneste suksesshistorie om hvor vellykket denne «krigen» har vært. Enhver sammenligning til alkohol som rusmiddel, bør man klare å se «krigen mot narkotika» som en direkte parallell til forbudstiden på 20 og 30 tallet i USA. Finnes det egentlig noen argumenter som kan forsvare den samfunnsøkonomiske sløsingen en holder på med, når vi ser hva denne krigen faktisk koster? Ressurser til politiet, fengselsvesenet, tollere, samt hverdagskriminaliteten som rammer vanlige borgere osv. Skal vi argu-



Foto: Terje Bendiksby/SCANPIX

mentere for ett samfunn slik vi kjenner det, eller skal vi prøve å legalisere alle former for narkotika og se om ikke dette vil forandre på de tingene som virkelig koster samfunnet en masse unødvendige ressurser hvert år?
promille_krapylet, vgd.no

SMS-INNLEGG

» **Stoltenberg (bildet) vil legalisere narkotika, men røyk vil han nesten forby. Er det fordi noen i familien hans er kriminelle?**

Åge, Kristiansand

» **Jeg lurer på ... hvorfor ikke Jens, Kristin, og Jonas slipper sine humanitære fredsbomber også i land som Syria, Bahrain, Jemen og Sør-Sudan? For det er vel ikke bare i Libya disse bombene vil føre til fred og forsoning mellom forskjellige folkeslag og religioner?**

Runar, Porsgrunn

» **Er det to plasser som heter Oslo? Leste på tekst-TV om ei 39 år psykisk utviklingshemmet autist som vil bli satt på gata, fordi hjemmet hun bor på skal legges ned! Hun bor i en by som heter Oslo, men det kan vel ikke være den samme byen som er hovedstad i oljenasjonen Norge, kan det vel?**

Asbjørn, Akسدal

Jakten på

- De fleste sykehusfeil skyldes systemsvikt.
- Leger kan bidra konstruktivt i debatten.
- Vi trenger samarbeid, ikke jakt på syndebukker.

Sjelden er det blitt satt et så nådeløst søkelys på det norske helsevesenet som i VGs artikkelserie «Ødelagt i helsevesenet». Med utgangspunkt i 40 tragiske skjebner tas vi med på et overfladisk dykk ned i sider ved helsevesenet som man helst ikke vil erkjenne at eksisterer. Vi møter mennesker som har fått livene sine snudd opp ned på grunn av uheldige hendelser de er blitt utsatt for i sine møter med helsevesenet. Å lese disse historiene er sterkt kost for de fleste av oss og for de som er direkte involvert, må det være en stor følelsesmessig påkjenning.

Tung kritikk

VG skal ha ros for å ha brukt store ressurser på denne saken. Det er svært viktige problemstillinger som belyses.

Vi som jobber i dette systemet kan nok oppleve det tungt å måtte lese slik flengende kritikk av vårt levebrød, men ingen kan være uenig i at dette er saker som må frem. Det man derimot kan stille spørsmål ved, er måten saken fremstilles på. Jeg velger å tro at i tillegg til det rent kommersielle interessene så har VG et oppriktig ønske om at deres artikkelserie skal bidra til forbedringer i helsevesenet. Da er det synd at saken som så ofte for drukner i en tabloidisert fremstilling som først og fremst gir et inntrykk av et helsesystem som ikke fungerer.

VG presenterer historier som bør settes søkelys på og som kan få oss alle til å tenke mer gjennom hvilke valg vi til en hver tid gjør som helsepersonell. Dessverre pakkes budskapet inn i en røre av begrepsforvirringer og misbruk av statistikk.

Feil om legetabber

«Hver dag dør fem personer som følge av feil gjort av norske

ØDELAGT I HELSEVESENET



Sturla Piilskog,
Lege, Haukeland Universitetssykehus

leger» er en av VG-overskriftene. Dette er en overskrift som ikke bare stigmatiserer en hel yrkesgruppe, den er også direkte feil. VG støtter seg her på et anslag gjort av professor Petter F.

Hjort i 2004 i en rapport om uheldige hendelser i helsevesenet. Denne rapporten baserte seg på internasjonale tall og konkluderte med at vel 2000 personer dør årlig på grunn av uheldige hendelser i det norske helsevesenet.

En uheldig hendelse betyr imidlertid ikke automatisk en det er begått en feil av en lege, uansett hvor mye VG gjerne skulle ønske det. Selv om mange av hendelsene er forskyldt av leger, grunnet medisinske feilvurderinger eller rett og slett slurv, så dreier det seg også om rutinesvikt, om utstyrsfeil og om komplikasjoner til behandling.

En statistikk som burde brukes til å finne forbedringspotensialet blir altså av Norges nest største avis omgjort til et spørsmål om skyld.

Systemsvikt

VG bruker mye av spalteplassen i denne serien på å beskrive legetabber, selv der det ikke har skjedd slike tabber. **Det er stor forskjell på det å gjøre seg skyldig i en tabbe, forstått som en feil som gjøres mot bedre viten, og det å gjøre en medisinsk vurdering som senere viser seg å være feil. Det er også betydelig forskjell på en legetabbe og en komplikasjon**



SYKEHUSTABBER: En uheldig

som oppstår i forbindelse med en undersøkelse eller behandling. I likhet med feil på utstyr og rutinesvikt så vil alle disse tingene kunne føre til store negative konsekvenser for pasientene, men det er ikke dermed sagt at det har skjedd en tabbe. Skal vi å få noe konstruktiv ut av den debatten som VG har sparket i gang, må vi skille mellom de ulike hendelsesforløpene. Årsakene er ulike i hvert enkelt tilfelle, det samme gjelder de mulige løsningene.

Leger har ansvar

Å skape begrepsforvirring slik VG gjør, fører til en skyttergravs-

BANNING

● VGs Åshild Mathisen skrev lørdag om banning i Osloskolen og referer til Professor Willy-Tore Mørch som mener den beste medisinen mot banning er å overse den.

● Mørch hevder dette er løsningen for mindre barn, men at skolen må ha tiltak mot mobbing.

BANNING



Willy-Tore Mørch,
Professor Universitetet i Tromsø

Banning i VG

Åshild Mathisen er bekymret over omfanget av banning blant barn i skolen. Hun mener at «løshore» og «jævla homo» reflekterer kvinneforakt, homofobi og rasisme, holdninger vi liker å tro at vi har utryddet. Hun trekker meg fram som et eksempel på en akademiker som ikke forstår alvoret. I min naivitet er jeg, ifølge Mathisen, kommet i

skade for å hevde at den beste medisin mot banning er å overse den.

Hos små barn utvikles og opprettholdes banning gjennom umiddelbar oppmerksomhet fra de voksne. I denne konteksten er den «rette medisin» å overse banningen. Uansett hva Mathisen måtte tro.

Når barnet blir eldre kan

E-POST

Send ditt innlegg til
debatt@vg.no

SKRIV

Send ditt innlegg til
VG, Akersgaten 55
1185 Sentrum, 0107 Oslo

SMS

Send ditt innlegg med
kodeord «sidet» og
din mening til: 2200

- Navn og adresse må oppgis på innsendte innlegg, også når navnet ikke skal i avisen.
- Innlegg med angrep på privatpersoner må signeres med fullt navn.
- Vi forbeholder oss rett til å kutte i manuskriptene, og innsendte manuskripter blir ikke retournert.

syndere



hendelse betyr ikke automatisk at det er begått feil av en lege, skriver artikkelforfatteren. Tegning: ROAR HAGEN

debatt der kun de mest ekstreme meningene får plass.

Når man som lege kommer med synspunkter på disse emnene, blir man lett beskyldt for å gå i forsvarsposisjon og at man forsøker å unngå ansvar. Dette er ikke mitt mål med denne kronikken. Leger har ansvar for mange av de feil og uheldige hendelser som skjer i helsevesenet.

Dette ansvaret skal tas alvorlig og et absolutt minstekrav må være åpenhet og ærlighet overfor pasientene og deres pårørende.

Mitt hovedpoeng er imidlertid at også leger kan ha noe kon-

struktivt å komme med i denne debatten. Vi ser daglig hvordan effektiviseringskrav og bemanningsreduksjoner skaper et helsevesen der pasientbehandling er blitt redusert til tall i et budsjett.

I et miljø der man stadig må produsere mer for mindre, vil feil også lettere kunne oppstå.

Når VG har valgt å bruke tallene til Petter F. Hjort så er det synd at avisen ikke også har lagt vekt på flere av hans konklusjoner og forslag til forbedringer.

Hjort var en mann som trodde på samarbeid og som flere ganger advarte mot jakten på

syndebukker og polarisering. Et av hans hovedpoeng var at de fleste uheldige hendelser ikke skyldtes legefeil men systemsvikt.

Jeg håper at VGs fokus på helsevesenet på sikt vil kunne bidra til forandringer som kommer pasientene til gode. Skal dette skje, må vi bort fra sensasjonsjournalistikken og over i konstruktiv debatt. Slik det er nå, fremstår ikke VGs dekning som et forsøk på å skape positive endringer, men som et karakterdrap på hele det norske helsevesenet.

oppdage mobbingen, erkjenne at den finnes og så iverksette tiltak.

Stenbråten skole har praktisert som straff at barna må ringe foreldrene om sin bannskap. Det er en usedvanlig dårlig idé. Da risikerer skolen at foreldrene straffer barnet når det kommer hjem.

Det fører til hat mot lærer og konflikt med foreldrene. Skolen burde heller informere foreldrene

når barn (som har det med å plage andre) ikke har plaget noen. Da kan foreldrene møte barnet i døren med ros.

Mathisen må gjerne tolke denne form for bannskap som kvinneforakt, homofobi og rasisme og det kan hende hun har rett. Dersom man skal få slutt på det må man imidlertid bruke virkemidler som er tilpasset de faktorer i miljøet som opprettholder uvesenet.

banneord bli vanepreget del av frustrasjon eller andre reaksjoner: «Fy faen, den hora!» Da har ignorering ingen virkning. Da kan det fungere med «bannefri perioder» hjemme og på skolen.

Så til de Mathisen beskriver og som bekymrer rektor Lyngstad: målrettede karakteristikk av andre elever som er ment å såre.

Da kan skolen lykkes gjennom rutiner og kompetanse til å



EKSTREMT: Aisha Shezadi har valgt å kle se i niqab. – Du er en høytaler for Ekstremislam, skriver artikkelforfatteren.

-Tror ikke du forstår

Til Aisha Shezadi. Jeg ser deg. Jeg tror du bruker niqab frivillig. Jeg tror deg når du sier du føler deg glad, stolt, fri og komfortabel i det.

Jeg tolerer at du gjør det, for Norge er et fritt land. Men jeg liker det ikke, for jeg tror ikke du forstår hva du holder på med. Er det greit? Jeg ser det helt annerledes enn deg: Niqab er ikke et vanlig hverdagsplagg, som frie, selvstendige kvinner flest bruker frivillig i Norge. Det er en uniform. En uniform ytterst få kvinner bruker, for det er så ufattelig

MUSLIMSK RÅTEKST



Kent Andersen, Styremedlem Oslo Frp

provoserer. Jeg vet jeg roper. Jeg vet jeg ikke lenger er i sivil og at folk ikke ser på meg som et vanlig menneske, men en politisk person. En som ber om reaksjon. Hvem jeg er, blir mindre viktig en hva jeg er. Det er prisen man betaler for å rope et budskap. Det er sånn ytringsfrihet fungerer.

Fundamentalister

mange bedre alternativer å kle seg i. Plagg som er ureligiøse, upolitiske, nøytrale, mer feminine og gladere i fargene – som kvinner også kan føle seg like glad, stolt, fri og komfortabel i. Men du velger å gjemme alt det bort. Derfor er ikke Niqab nøytralt, hverdagslig eller tilfeldig. Det er ikke et diskret og privat religiøst signal. Det er en høytlytt religiøs og politisk ytring.

En høytaler

Når du velger å gå maskert med denne svarte sekken, er du ikke lenger en vanlig fotgjenger: Du er en religiøs person som roper. Du er en høytaler for Ekstremislam. Du sier selv at du «tenker konstant på gud når du er ute blant den norske befolkningen»

Men det kunne du gjort med vanlige klær på, og ingen ville reagert. Når du tar på niqab insisterer du på å rope det ut, og når man roper får man svar. Kvinner i dette latterlige

plagget roper til all verden at de først og fremst er muslimer og lite annet, og det er ganske ekstremt. Og så er du frekk nok til å fremstå som forundret over at folk reagerer, og kaller dem fordomsfulle? Tror du virkelig at du skal få rope så høyt du vil, og samtidig stemme at ingen får lov til å reagere eller svare? No way.

Å gå med niqab blir som når prester går med kjole, når politiet går i uniform, når kommunister veiver med røde faner, eller jeg går i Fremskrittspartiets jakke. Den jakken er ikke noe hverdagsplagg. Det er også en ytring. Jeg vet det

Det kommer kanskje overraskende på deg at Niqab er en ytring, men du lever ikke i et vakuum og kan ikke bestemme hvordan andre definerer dette kvinnefiendtlige plagget. Dine hensikter veier ikke tyngre enn andres oppfatning. Og siden du oppfordrer folk til å snakke med deg, vil jeg gjerne presisere hva jeg oppfatter at du roper:

Du roper at du ikke stoler på meg fordi jeg er mann som kanskje ikke kan kontrollere de seksuelle følelsene mine. Du roper at du vil ha mer fundamental islam, og mindre Norsk sekulær og kristen kultur. Du roper at kvinner må kle seg ærbart, mens menn kan kle seg som de vil. Du roper ut til barn

og unge at kvinner og menn slett ikke er likestilte. Du løper ærend for fundamentalistiske imamer, i stedet for å marsjere i bresjen for krefter som vil modernisere islam, og slik svikter du millioner av muslimske kvinner som gjerne skulle

ha litt mer frihet, rettigheter og likestilling; kvinner som faktisk ER tvunget til å bruke niqab og hijab eller bli pisket, mishandlet, og hånet som horer. De kvinnene har ikke valgene du har, men det blåser du visst i.

Og du roper at du ikke vil tilhøre det norske, men heller tilhøre det fremmede. Så kom ikke her og fortell meg at å gå maskert med niqab er anstendig, eller ikke skader noen. Jada: Du har din fulle rett. Det er helt greit å rope i et land med ytringsfrihet. Men da har jeg full rett til å rope tilbake: Det du gjør skader! Jeg har noe imot det!

DEBATTEN



- I boken «Utlisør – muslimsk råtektst» forteller 19-årige Aisha Shezadi hvorfor hun har valgt å bruke niqab.
- Du må regne med at folk reagerer, skriver dagens artikkelforfatter.

Debatt

Debattredaktør



Elisabeth Skarsbø Moen

Debattredigerer



Knut Åge Hansen

Kronikker og replikker sendes til debatt@vg.no
 Leserinnlegg til sidet@vg.no
 Hovedkronikk: 4500 tegn
 Replikk: 3000 og 1500 tegn

Alle innlegg blir vurdert i løpet av en uke, og alle får svar. **TELEFON 22 00 00 00**

SITATET

Jeg har flere ganger måttet kaste inn håndkleet fordi jeg har overtrengt meg selv.



Kristin Spitznogle,
psykolog til Nordlys.

KLIPPET

«Barack Obama har sviktet Amerika, erklærte Mr. Romney. «I den kommende valgkampen må de amerikanske idealene om økonomisk frihet og mulighet ligge som et klart og ufravikelig forsvar, og jeg tenker å gjøre det – for jeg har levd det.»
 NYTimes.com

FOLKET MENER

Sjukehus-byråkratar

Kvar femte tilsett ved norske sjukehus er byråkrat. Medan regjeringa kuttar i sjukehusstilbodet, jobbar kvar femte person i helseføretaka med byråkrati. Det er veldig provoserande at staten legg ned fødeavdelinga ved Nordfjord sjukehus samstundes som det er så mange byråkratar i helseføretaka, seier Christel Midtgaard Angelshaug frå Måløy. Midtgaard Angelshaug fekk sitt fjerde born på mandag og er letta over å få føde no, og ikkje om eit år. For då er nemleg fødeavdelinga ved Nordfjord sjukehus lagd ned.



Foto: TIDENS KRAV

Hva med å fjerne 16 900 av dem, så det er bare hundre igjen.

Det bør vel holde.
Premotus, vgd.no

SMS-INNLEGG



Det skrives side opp og side ned om hvor god Carew er. Jeg har aldri sett at han har hevet nivået på noen klubb, heller ikke på landslaget.

Johnny, Auli

I saken om overarbeidede leger i helsevesenet er det utrolig rart at staten og helseministeren ikke vil ta grep og gjøre noe. I Nordsjøen ble det vedtatt absolutte krav i arbeidsmiljøloven for lenge siden. Det vår sikkert enkelt når andre må ta regningen. Staten tar kostnadene for helsevesenet, og da er det visst ikke så farlig likevel. Forstå det den som kan..

Kjell-Morten, Rogaland

Til Osloborger. Distrikts-Norge tar sin del av asylsøkerne og det er flott. Men likevel er ikke asylsøkere kriminelle, men de blir kriminelle når de havner i Oslo. Bry dere slik vi gjør her på vestlandet. Enig i at vi begynner å få nok av AP.

Ørjan, Tyssedal

Sikkerhete

- Pasientsikkerhet er fraværende i helseutdanningene
- Studentene må lære hva sikkerhet innebærer
- Simulering og trening reduserer feil

I den pågående debatten om hvordan helsevesenet ødelegger liv, savner jeg oppmerksomhet på betydningen av kvalitet og sikkerhet som undervisningstemaer i helseutdanningene. Medisinerstudent Jo-Inge Myhre lanserer i VG 1. juni betydningen av at temaene pasientsikkerhet, systemforståelse og kvalitetsforbedring må inn i utdanningen. Han mener disse temaene er fraværende i dagens utdannelser. Dette er jeg enig i.

Forebygge feil

Flere aktører har de siste dagene vært på banen og fremmet betydningen av læring, åpenhetskultur, systemtilnærming og ledelse. Helseministeren argumenterer med nye tiltak som uttrykningsgruppe i helsetilsynet, pasientsikkerhetskampanje og nye kvalitetsindikatorer. Det er bra at myndighetene har økt oppmerksomhet på pasientsikkerhet og kvalitet, men jeg savner fokus på pasientsikkerhet i utdanningene fra myndighetenes side. I utdanningene dannes og utvikles yrkesgrupper. Utdanningen er en sentral arena for å øke forståelse for systemer, hvorfor feil skjer og hvordan feil kan forebygges.

I dag er pasientsikkerhet et lite fremtredende tema og begrep i sykepleier- og legeutdanningene i Norge. Jeg har gjennomgått web-sidene angående informasjon om studieprogrammene til de 28 sykepleierutdanningene og de 4 legeutdanningene i Norge. Resultatene viste at kun 2 sykepleierutdanninger beskriver eksplisitt at pasientsikkerhet er et tema i undervisningen. Imidlertid hevder jeg ikke at pasientsikkerhet ikke vektlegges i alle utdanningene, men det må komme tydeligere frem i planer og beskrivelser av studieprogrammene. Dette for å syn-

ØDELAGT I HELSEVESENET



Ingunn Aase,
Universitetslektor Institutt for helsefag, UIS

liggjøre viktigheten av temaet, gi studentene systemforståelse og for å etablere en åpenhetskultur i starten av yrkeslivet i helsevesenet. Samhandlingsreformen fremhever at pasientsikker-

het må vektlegges i utdanningene og Nasjonal Helseplan tar dette opp, men det er altfor lite konkret i forhold til hvordan det skal skje.

Ved å innføre pasientsikkerhet som undervisningstema i alle helsefagutdanningene tidlig i utdanningen kan man gi studentene en forståelse for hva pasientsikkerhet innebærer. Pasientsikkerhet er en av flere kvalitetsdimensjoner innen god helsehjelp. At pasienten kjenner seg «sikker» er et viktig bidrag i omsorgen for pasienten. Når sykepleierstudenter og legestudenter har fokus på omsorg for pasienten i sine utdannelser, må pasientsikkerhet vektlegges mer.

Snakke om feil

I dag rettes det veldig søkelyse på pasientsikkerhet i forhold til strukturrendringer, med myndigheter og helseforetak som implementerer tiltak ovenfra og ned, altså en top-down tilnærming, som til tider kan ha liten eller motsatt effekt enn det den var tiltenkt i forhold til helsepersonell. Det er helsepersonell som er i den skarpe enden og er direkte involvert i og leverandør av helsehjelp og pasientomsorg. **Helsepersonell kjenner hvor skoen trykker og de må ha kanaler til å kommunisere**



BEDRE KOMMUNIKASJON:
fatteren. Hun savner fokus på pasient-

oppover om feil eller nesten ulykker. I en stresset hverdag kan enda en ny kontrollrutine, dokumentasjonsplikt og feilrapportering oppleves som ekstraarbeid og lite motiverende for helsepersonell. Dersom pasientsikkerhet blir en del av deres utdanning og faglige-kulturelle begrepsapparat, blir de en del av helsepersonellene sine «må-oppgaver» og daglige virke. Det må fremheves at pasientsikkerhet ikke er noe som bare den enkelte helsearbeider må ivareta, det er menneskelig for alle å feile, men det finnes systemer for forbedringer og for å redusere antall feil og nesten ulykker. Gjennom å få pasientsikkerhet i en større grad inn i utdanningen, kan det bygges en forståelse for åpenhetskulturen som helseministeren og ledere

● KrF vil innføre en maksimumsgrense på 47,5 timer i barnehagen. Overformynderi skrev Åshild Mathisen.

● Barnehagen skal ikke være en buffer som skal dekke samfunnsmaskineriets behov for å rulle stadig fortere, svarer KrF.

BARNEHAGER



Øyvind Håbrekke, familiepolitisk talsperson for KrF

Valgfrihet og oppholds-

VGs kommentator Åshild Mathisen raljerer over KrFs forslag om makstid i barnehagen (29.5). Men har ikke barn krav på rettigheter?

Det er snart full barnehagedekning. Mens barna før konkurrerte om barnehagene, skal barnehagene nå konkurrere om barna. Åpningstider blir en konkurransefaktor. Fellesfor-

bundet ønsker døgnåpne barnehager som valgkampsak.

Hver dag forteller tusenvis av småbarnsforeldre sin arbeidsgiver at de må gå, fordi de må hente i barnehagen. Det aksepteres fordi barnehagen stenger. Dette gir småbarnsforeldrene forhandlingskort i møte med sin arbeidsgiver. Hvis barnehagen har lengre åpent,

E-POST

Send ditt innlegg til debatt@vg.no

SKRIV

Send ditt innlegg til VG, Akersgaten 55 1185 Sentrum, 0107 Oslo

SMS

Send ditt innlegg med kodeord «sidet» og din mening til: 2200

- Navn og adresse må oppgis på innsendte innlegg, også når navnet ikke skal i avisen.
- Innlegg med angrep på privatpersoner må signeres med fullt navn.
- Vi forbeholder oss rett til å kutte i manuskriptene, og innsendte manuskripter blir ikke retournert.

n må økes



Pasientsikkerhet handler om å jobbe mot felles mål, snakke sammen og stole på hverandre, mener artikkelforfatteren fra helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen og myndighetenes side. Foto: JAN PETTER LYNAAU

etterspør. Med dette mener jeg at studentene får erfaring med å vektlegge pasientsikkerhet tidlig i sin utdanning, de får en begrepsforståelse og systemforståelse, de vil snakke om feil og de vil dele erfaringer.

God kommunikasjon

Medisinske feil er ikke noe som enkeltpersoner alene har ansvar for. Det handler vel så mye om systemer og rutiner for tilbakemeldinger og ikke minst om tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon. **Pasientsikkerhet handler om hvordan de ulike helseprofesjonene arbeider mot felles mål, til pasientens beste, ved å snakke sammen, stole på hverandre og lytte til hverandre. Men da må de også kjenne hverandre ansvars- og kunn-**

skapsområde. Trening i tverrfaglig samarbeid og tverrfaglig kommunikasjon må inn i utdanningene som en viktig del av pasientsikkerhetsundervisningen. I dag har 5 av 28 sykepleierutdanninger slik trening i sine programmer, mens alle 4 legeutdanninger har en form for slik trening.

God kommunikasjon kan være avgjørende for pasientens liv og helse. Forskning fra USA viser at svikt i teamarbeid og kommunikasjon er årsaken til 70 prosent av alle uønskede hendelser i helsevesenet.

Simulering som læring

Simulering og trening i tverrfaglige team antas å øke pasientsik-

kerheten. **Ved å la studenter fra ulike profesjoner øve seg i trygge omgivelser i et treningsrom eller simuleringsenhet med «kunstige pasienter», vil de bli kjent med andre yrkesgruppers ansvars- og kunnskapsområde. Simulering som læringsmetode benyttes i flere utdanninger av sykepleiere og leger i Norge, men kan med fordel utvides og utvikles for å trene i tverrfaglige team.** Ved at studentene tidlig i utdanningen sin blir kjent med en systematisk forståelse og med sikkerhetsbegreper, samtidig som de får erfaring med tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon med andre yrkesgrupper som de senere skal samarbeide med, stiller de sterkere i arbeidet med å redusere antall og forebygge feil i helsevesenet.

KrF mener at arbeidslivet skal tilpasse seg familielivet, ikke omvendt. Barneombudet har uttalt: «Vi må derfor ha en begrenset oppholdstid i barnehagen. I dag er det ingen lover som regulerer dette.» (Magasinet 4/11). KrF har foreslått en maksimal oppholdstid på 47,5 timer per uke, noe som tar hensyn til foreldrenes hverdag og muligheter. Det markerer samtidig at barn er individer med rettigheter. Det gir et vern mot at arbeidslivet

legger mer av premissene for småbarnsforeldres arbeidstid og ungenes hverdag.

Barnehagen er et godt pedagogisk omsorgstilbud til barn på dagtid, ikke en buffer som skal dekke samfunnsmaskineriets behov for å rulle stadig fortere.

Mathisen skriver at «Hvis KrF ønsker å styrke barns rettigheter, må de fortsette arbeidet for å lette familiens hverdag og styrke foreldrenes samliv.» Det kan jeg love at vi vil.



BRÅK: Vi må bort fra politikernes fokus på åpningstid for å få bukt med utelivsvold, skriver artikkelforfatteren. Foto: TROND SØRÅS

Medisin som virker

Debatten om såkalt utelivsvold blusser opp med jevne mellomrom. Politikernes medisin er like velkjent som den er uvirksom: Fokus på åpningstid.

I Norge har vi en relativt restriktiv maksimal skjenketid – klokken 03 – som mange kommuner benytter anledningen til å innskrenke. Stadige endringer i åpningstid har gitt oss et uteliv preget av lav lønnsomhet og kort-siktige aktører, men har ikke gitt bedre alkoholkultur eller fjernet tilfeller av overskjenking. Det norske alkoholproblemet er ikke liberal åpningstid, men at omfattende regelverk og kontrollvirksomhet ikke gir de ønskede resultatene, og nå skal vi altså kopiere svenskene.

UTELIVSVOLD



Hilde Charlotte Solheim, direktør Reise Norge

innførte elementer fra STAD, men som utelot noen av elementene over. Resultatene uteble. I Stockholm sank antall voldstiltfeller med 29 prosent fra 1998 til 2000. I «STAD light»-kommune fant man ingen målbar nedgang. Disse kommunene manglet suksesskriteriet – reell involvering som har gitt varig endring. Dette er det samme som forsk-

ning på opplæringsprosjektet Ansvarlig Vertskep her i Norge har vist: Kommunene innførte lightversjoner av et egentlig godt opplegg. Resultatene var – dessverre – ikke målbare. La oss ta med oss denne læringen og gjøre det riktig denne gangen.

Nasjonal verktøykasse

HSH krever en nasjonal ledelse og koordinering som kan støtte og kvalitetssikre kommunenes STAD-prosjekter. Disse må starte med en analyse av problemene knyttet til den enkelte kommunes natteliv, slik at næringen, kommunene og politi har et felles utgangspunkt og kan enes om tiltak og virkemidler. Partene må etab-

Tett samarbeid

Hva er så STAD? I Stockholm ble dette kjørt som et tiårig prosjekt. Nøkkelementet i prosjektet er tett samarbeid mellom utelivsnæringen og myndighetene. Prosjektet består av seks viktige elementer.

Hente støtte fra nøkkelpersoner i bransjen. Gjøre kartlegging, intervjuer og observasjonsstudier lokalt. Aktiv og tydelig posisjon i media. Utdanning av ansatte i bransjen. Bedre tilsyn med skjenkingen. Grundig evaluering.

Gjennom systematisk og velorganisert samarbeid mellom næringen, politiet og kommunen, parallelt med såkalt «krog-sanering», som har presset useriøse drivere ut av næringen, oppnådde man klar nedgang i overskjenking og voldstiltfeller relatert til uteliv.

I Oslo og Bergen jobbes det nå med såkalte «STAD light»-

prosjekter. Utelivsnæringen er ikke involvert gjennom bransjeorganisasjonene eller på annen måte. All forskning tilsier dessverre at man kommer til å rytte opp i utelivet, skriver artikkelforfatteren.

DEBATTEN



UTELIV: Politiet ønsker kortere skjenketider for å hindre voldsdrift. Foto: JON KJELLBERG

Mindre vold

Kortere skjenketid betyr mindre vold. Det er utdelt utarbeidet. Regjeringens forslag om å redusere skjenketid har skapt harme i utelivsnæringen. Enkelte barneomsorgsledere har slått seg til å rydde opp i utelivet, skriver artikkelforfatteren.

● Stortinget har bedt de norske storbyene om å innføre Stockholms vellykkede STAD-prosjekt i 2012, for å begrense vold og overskjenking.

● Ikke kast bort denne historiske anledningen til å rydde opp i utelivet, skriver artikkelforfatteren.

være å flytte ressursene fra dagens amatørpregede og tilfeldig skjenkekontroll, som bare skraper i overflaten til et langt mer systematisk og grundig tilsyn med bedriftens internkontrollrutiner for alkoholserving.

tid

mister du dette forhandlingskortet.

Regulering av makstid vil styrke foreldrenes valgfrihet, fordi det styrker forhandlingsposisjonen i forhold til arbeidsgiver. Noen arbeidsgivere forstår småbarnsforeldre, andre gjør det ikke. Makstid styrker foreldrenes valgfrihet i møte med arbeidslivets krav.

Debatt

Debattredaktør



Elisabeth Skarsbø Moen

Debattredigerer



Knut Åge Hansen

Kronikker og replikker sendes til debatt@vg.no
 Leserinnlegg til sidet@vg.no
 Hovedkronikk: 4500 tegn
 Replikk: 3000 og 1500 tegn

Alle innlegg blir vurdert i løpet av en uke, og alle får svar. TELEFON 22 00 00 00

SITATET

Bare så det er nevnt: Uten John Carew på laget ville Norge vært ute av denne EM-kvalifiseringen allerede!



Davy Watne

Jonathan Carey døde ikke på grunn av mangel på penger. Lokale og føderale myndigheter brukte 1,4 millioner dollar per person til å ha omsorg for Jonathan og de andre beboerne på Oswald D. Heck senter. En sliten mursteinsbygning nær Albany. Likevel, en ettermiddag 1 februar 2003 Jonathan, en tynn autistisk 13 år gammel gutt, ble sakte knust til døde i baksetet på en van av en ansatt som hadde jobbet nesten 200 timer uten en dag fri på 15 dager. Den ansatte, en dropout fra skolen med kriminelt rulleblad, hadde tidligere blitt anklaget for å bruke vold mot Jonathan.

www.nytimes.com

KLIPPET



FOLKET MENER

Strengere soning nå!

Som en borger med stemmerett, som betaler skatt, jobber, med plettfri vandøl og rulleblad, føler jeg meg tråkket Dyttet ned i søla og spyttet på. Å lese om hvor mye kriminelle får servert på gullfat er kvalmende.

Jeg kan si meg enig i at de skal rehabiliteres til å bli bedre mennesker. Derav utdanning. At det er tilgang på høyere utdanning i fengsel ser jeg dog ikke like blidt på. Jeg vil heller ha innkjøring av yrkesrettet utdanning. Ikke bachelor og master i ditt og datt. De kan ha tilgang på en regnskapsfører som kan ta kontakt med banken og kreditorer, og sette opp en nedbetalingsplan som vil fungere i forhold til inntekt etter endt opphold. Såfremt man får seg jobb. Sitter man som arbeidsledig etter endt opphold bør man outsources



Tegning: ROAR HAGEN

til hva enn som finnes der ute.

Mens de sitter inne, bør de utføre samfunnsrettet arbeid. Opp seks om morgenen, ut i hardt arbeid, lunsj, arbeid, tilbake til fengselet ved firetiden, middag, en fritime hvor de kan gjøre lekser eller lese til den yrkesrettede utdanningen de har valgt, og til seng. Kafébesøk, museumbesøk og andre utflukter bør stoppes. (...)

Bliss3, vgd.no

SMS-INNLEGG



Jeg er enig med Karita Bekkemellem (bildet), som uføre har vi ikke mulighet til å gå på kino, treningsstudio, museum osv. Kan være greit å sitte i fengsel og få alt man har lyst på.

Arntsen, Askim

Helt enig med Bekkemellem, det får være grenser for friheter under soning slik Veronica Orderud får. At forbyrtyelser lønner seg, får vi bevis på gang etter gang, gratis utdanning og lønn til og med. Hvis dette skal være forebyggende, hvorfor er det da fengselsk år etter år?

Unni, Fauske

Statssekretær Terje Moland Pedersen sier at Veronica Orderud er fratatt friheten, men ikke andre rettigheter. Er det en rettighet å få dra på utflukter, teater, museum og konserter hver helg for landets minstepensjonister og de som hele uken er «innelåst» på våre aldershjem?

Frank, Rygge

Kan legetabber

- VG har satt søkelys på feilbehandlinger i helsevesenet.
- Å skyld på legen må unngås hvis pasientsikkerheten skal bli bedre.
- Det trengs meldesystemer som gjør at man kan lære av feil – også nestenulykker.

VGs serie, «Ødelagt i helsevesenet», har gjennom intervjuer med 40 feilhandlede pasienter etablert et godt utgangspunkt for en viktig debatt om uheldige hendelser i helsetjenesten.

ØDELAGT I HELSEVESENET



Per Helge Måseide, redaktør av Oslo legeforsknings fagblad Journalen



Reidun Førde, professor i medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Legetabber

Det avgjørende spørsmålet blir om VG klarer å oppnå målsettingen, definert av sjefredaktør Torry Pedersen: «Vårt mål er at søkelyset på problemstillingen vil lede til bedre rutiner. Som reduserer risikoen for feil.» En av grunnene til at dette ikke uten videre er gitt, er at medisinsk behandling kan få uheldige utfall selv om god praksis er fulgt. Reduksjon av uheldige hendelser må derfor skje gjennom en rekke forbedringer på ulike nivå i helsetjenesten. VG har i stor grad fokusert på såkalte legetabber, som etter vår mening er et dårlig begrep i denne sammenhengen.

I noen tilfeller kan handlingene til én enkelt lege få alvorlige følger for pasienten. Dette kan skje i utsatte deler av helsetjenesten, som på legevakt, der legen kan måtte ta vidtrekkende beslutninger alene, under tidspress og uten nødvendig informasjon. Men også her vil legen i stadig større grad være en del av en sammenhengende behandlingsskjede, der prioriteringer av pasienter og hastegrad baserer seg på innledende vurderinger gjort av en AMK- eller legevaktsentral. Behandlingen vil ofte skje i lokaler der sykepleiere og andre leger kan gjøre egne observasjoner eller delta i diskusjonen om hva som er best for pasienten. På sykehus er dette enda mer uttalt; pasientbe-

handlingen er et teamarbeid der legen handler på bakgrunn av innspill og henvendelser fra sykepleiere og annet helsepersonell. At pasientarbeidet i større grad skjer som ledd i en lengre behandlingsskjede kan øke sikkerheten så sant ikke tjenesten er dårlig organisert, noe som kan gi grobunn for kommunikasjons- svikt, konflikter eller dårlig samarbeid.

Skylder på legen

Med et økt antall tilgjengelige undersøkelser og behandlingsmuligheter, øker også sjansen for feil og sidevirkninger. Mange av kommentarene fra VGs lesere, i kjølvannet av de sterke pasienthistoriene, vitner om et ektefølt engasjement for helsetjenesten. Det er bra. Men kommentarer som legger skylden på enkeltindivider (som regel legen) kan noen ganger gi inntrykk av en manglende forståelse av hvor sammensatt medisinen er.

Med unntak av alvorlig personlig svikt, må en unngå «naming, blaming and shaping», dersom sikkerheten i helsetjenesten skal forbedres. Å legge



ØDELAGT: Peter John Franks er død. VG har fortalt om i det siste.

skylden på enkeltindivider kan føre til mindre åpenhet og læring – altså det motsatte av hva VGs sjefredaktør ønsker å oppnå. De som melder fra må ikke oppfattes som problemindivider eller utsettes for sanksjoner. Å redusere pasientsikkerhetsarbeid til å be folk skjerpe seg eller ta seg sammen, er heller ikke et godt utgangspunkt for læring.

Fordi all medisinsk intervensjon er risikofylt, må alle undersøkelser og inngrep være velbegrunnede. Det er ille om en pasient dør eller får varige mén etter en nødvendig under-

LEGER



Torunn Janbu, president Legeforskningsforeningen

- Søndag stilte VG spørsmål ved om legeforskningsforeningen er sterkere enn helseministeren.
- Helseministeren sier til VG at hun ikke har tenkt å gripe inn i legenes lange vakter, der enkelte jobber 100 timer i uken.

Grove påstander om leger

Påstanden i søndagens leder er grov og bør derfor opprøre flere enn hardt arbeidende norske leger.

Vi har de siste årene oppnådd en rekke endringer i legers arbeidsforhold for å ivareta pasientsikkerhet, god kvalitet og også legenes helse. Gjennomsnittsarbeidstiden for leger er redusert sammen-

lignet med tiår tilbake.

Leger jobber lange dager og vakter for å dekke behovet for legearbeidskraft. Dette er bakgrunnen for de unntak fra arbeidsmiljøloven som finnes på enkelte områder. Med spredt bosetning er det ikke mulig å dekke folks behov innenfor vanlig arbeidstid.

Leger har derfor sagt seg

E-POST

Send ditt innlegg til
debatt@vg.no

SKRIV

Send ditt innlegg til
VG, Akersgaten 55
1185 Sentrum, 0107 Oslo

SMS

Send ditt innlegg med
kodeord «sidet» og
din mening til: 2200● Navn og adresse må oppgis på
innsendte innlegg, også når navnet
ikke skal i avisen.● Innlegg med angrep på privat-
personer må signeres med fullt
navn.● Vi forbeholder oss rett til å kutte i
manuskriptene, og innsendte
manuskripter blir ikke retournert.

ber unngås?



ende på grunn av feilbehandling. Han skulle ønske han kunne saksøke legen. Franks er en av de førti skjebnene
FOTO: Mattis Sandblad.

søkelse, men mye verre dersom undersøkelsen kun ble utført «for sikkerhets skyld». Et mer spesialisert helsevesen, der pasienten gjennomgår flere undersøkelser, kan øke presisjonen i diagnostiseringen og behandlingen, men også øke risikoen for uheldige hendelser. Spesialisering trenger derfor ikke bety forbedring.

Meldesystemer

Innen pasientsikkerhetsarbeid etterlyser mange en bedre meldekultur, der ikke bare feil med konsekvenser for pasiente-

ne meldes, men også nestenulykkene. Ofte pekes det på luftfarten og oljeindustrien som eksempler på hvordan gjøre melding av små og store hendelser nærmest til en sport. Skal dette fungere etter hensikten, må dataene som samles inn analyseres slik at de kan gi grunnlag for en læringsprosess hos dem som var involvert i hendelsene. Resultatene må også kunne overføres til andre.

Nasjonale meldeordninger for avvik må være oversiktlige: mange har lenge etterlyst «én meldeadresse inn» for å gjøre det enklere å nå rett adressat.

Spørsmålet er likevel om troen på sentrale ordninger er overdreven. Mange feil er kjente gjengangere, slik Helsetilsynets rapporter viser. Det som ofte mangler er lokal systematisering og erfaringsutveksling slik at det er mulig både å lære av egne og andres feil.

Det skal bli spennende å se om helsevesenets mange direktører og ledere nå vil lytte til helsearbeidere som etterlyser tid og ressurser til å kvalitets-sikre sin egen jobb, og om de vil sørge for gode melderutiner og læringsløyper av hensynet til pasientene.

villige til på noen områder (som vakt) å jobbe etter avtale vernebestemmelser i stedet.

Det gjelder ikke overtid hvor arbeidsmiljøloven skal følges.

Legeforeningen har imidlertid på flere sykehus registrert at leger jobber mye ubetalt overtid. Dette gjør de for å få gjort en god jobb for pasientene.

Det har mange leger gjort i mange år. Men forholdene blir

mer synlige nå fordi tjenesteplaner kuttes ned uten at arbeidsbelastningen reduseres. Legeforeningen har varslet om situasjonen. Sykehusenes sparetiltak kan få utilsiktede konsekvenser.

Vi har prøvd å få en definisjon av vaktarbeid inn i avtaleverket, hvor vaktarbeid er det som ikke kan vente til neste dag. Det vil ikke arbeidsgiver.

Finske sykehus har innrettet sin arbeidstid slik at minst mulig skal gjøres på natten. Det er påvist betydelige negative effekter av nattarbeid, både på behandlingsskvalitet og på legers helse.

Legeforeningen har også krevd at sykehusene i mye større grad må bruke vikarer ved langvarige fravær og i ferier.



TO HJEM, TO HUNDER: Tobias Ward har skilte foreldre. Han bor 50 prosent hos hver av dem.
Foto: JANNE MØLLER-HANSEN

Teroi og praksis

En rekke fagfolk uttaler seg gjennomført negativt til ordningen med delt omsorg som følge av skilsmisse.

Både på og mellom linjene kan man lese den massive motstanden mot at skilte foreldre deler noenlunde likt på omsorgen for barna. Eksempelene i oppslaget viser vesentlig to tendenser: 1. mistenkeliggjøringen av foreldres motiver, 2: totalt fravær av relevant fagkunnskap.

DELT OMSORG



Ole Texmo,
Forum for menn
og omsorg

kvalitet, ikke gjenstand for metodisk prøving. Likeverdig foreldreskap kan ikke utmåles i prosenter, hevder psykologspesialist Reitan i VG-kronikken. Hvorfor undersøkes ikke forholdet mellom kvantitet og kvalitet? Norske fagfolk på området later til å være mer ivrige på avledningsmanøvre for å slippe å se at mengden av tid sammen med

Eneforeldertenkningen

Psykologene sverger til sin for lengst utdaterte tilknytningsteori om at barn har kun en omsorgsperson, kalt «psykologisk forelder», at dette i regelen er mor, og at selv mor er utbyttbar. Barnets kontakt med begge foreldre, sikring av samværsretten, har aldri vært prioritert. Når psykologer i VGs reportasje uttaler seg om konsekvensene av brudd og «eksistensiell uro og frustrasjon», nevner de symptomatisk ikke hvilke konsekvenser det har for barn å få redusert, eller miste helt eller delvis kontakten med den

barna også er vesentlig for kvaliteten.

Lovlogikk

Delt omsorg som lovt teknisk utfordring er aldri utredet. Størrelser som norm, regel og prinsipp er aldri forsøkt sett i sammenheng, for eksempel når det skal utformes konkrete bestemmelser om forholdet mellom regel, vilkår og unntak, med betydning også for signaleffekten. Etter lovendring 2010 gir en unntaksregel adgang til å idømme delt omsorg. Terskelen synes å være høy for at

DEBATTEN



● VG Helg har satt fokus på følgene av delt omsorg for barn etter skilsmisse.
● Flere eksperter mener delt omsorg ikke er til barnets beste.

retten skal se at delt omsorg er til «barnets beste». Det er nok at den motvillige parten skaper og påberoper seg «høyt konfliktnivå» som argument. Ved studier av rettspraksis, viser det seg at den konfliktskapende forelderen oftest vinner.

Hverken myndigheter eller fagmiljøer vil anerkjenne begge foreldre på like vilkår som meningsbærende for å snakke om samarbeid. Tilbudet ved familievernkantorene er bygget ned til et minimum. Da er det opprørt å skylde på foreldrene. Norske fagfolk og myndigheter ikke er modne nok til å erkjenne at systembetingelsene er de vesentligste konfliktfaktorene. Blant annet fordi barn gjøres til økonomiske taps- og vinningsobjekter.

Foreldre som har argumentert for delt omsorg har ofte blitt forsøkt stemplet som barnemishandlere. Fedre som fremhever «mest samlet foreldrekontakt» risikerer å bli stemplet som incestforbrytere, jf. en famøs dom fra Høyesterett i februar 2010.

DET STORE BILDET

GT. 1
rstatning
ervices
et on net
nSamkjøringen
rest AS
Ran

LA MEG DØ
MED
FRED I SINNET





PETERS SISTE ØNSKE

Her demonstrerer dødssyke Peter Franks utenfor Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) – i håp om at direktøren kommer ut.

Så mange som 259 000 mennesker har sett dokumentaren om Peter på VGTV: Fastlegens tabbe gjør at han er døende av kreft.

52-åringens nærmeste hjalp Peter med å få oppfylt sine to siste ønsker. Lørdag løftet de ham fra dødsleiet og om bord i en seilbåt i Asker. Der ven-

tet kona, sønnen og venner for å være sammen på sjøen for siste gang.

I går ble Peters gjenstående ønske oppfylt. Venner fulgte Peter til NPE, hvor han ville be ledelsen om rettferdighet. Etter en innbitt kamp ble han tilbudt 2,7 millioner kroner i erstatning – noe Peter mener er smuler å etterlate familien med.

Etter få minutter løp assisterende direktør Rolf Gunnar Jørstad og kommunikasjonsdirektøren ut og tok

imot Peter. Så rullet Jørstad den dødssyke pasienten inn i bygningen. Der tok de praten Peter Franks skulle ønske de hadde hatt for lenge siden. Det ble ifølge NPE-direktøren et møte som gjorde meget sterkt inntrykk. Fastlegen synes situasjonen er trist, men har ikke ønsket å svare på VGs spørsmål.

! SE TV-INNSLAG OM MØTET OG LES MER PÅ VG NETT



Tekst: MAY LINN GJERDING, MATHIAS JØRGENSEN og ANDERS FRAMSTAD Foto: MAY LINN GJERDING

VG 30. mai

Debatt

Debattredaktør



Elisabeth Skarsbø Moen

Debattredigerer



Knut Åge Hansen

Kronikker og replikker sendes til debatt@vg.no
 Leserinnlegg til sidet@vg.no
 Hovedkronikk: 4500 tegn
 Replikk: 3000 og 1500 tegn

Alle innlegg blir vurdert i løpet av en uke, og alle får svar. **TELEFON 22 00 00 00**

SITATET

” Det er kanskje drastisk å henge ei ku, men vi meiner at regjeringa heng landbruket.



Merete Furberg, leier for Småbrukarlaget til Nationen.

KLIPPET

En rekke globale hendelser i det siste har understreket usikkerheten i forhold til hvordan vi i fremtiden oppfyller verdens voksende behov for energi. Samtidig som vi blir flere mennesker, arbeider millioner av mennesker i hele verden seg nå ut av fattigdom. De kjøper sitt første kjøleskap, pc eller bil, ting deres foreldre bare kunne drømme om. Men det er forbruksvarer som krever energi.

jp.dk

FOLKET MENER

Frp i fritt fall

Om Frp slipper Hagen mer til så vil ikke det gagne partiet men skade det mer. Dessverre ser det ikke ut som om Frp-politikerne rundt om i landet har forstått situasjonen. Når de roper på mer Hagen så undergraver det både Siv Jensen og resten av toppledelsen. En må ikke glemme at Carl I. Hagen gikk av som formann for 5 år siden og at Siv Jensen har vært ubestridt som leder frem til Birkedal-saken sprakk for fullt. Så møter partiet motgang og en roper på Hagen, samtidig som en glemmer at partiet aldri har hatt større oppslutning under valg enn som med Siv Jensen som leder. (...) Jeg tror ikke Birkedal-saken ble så katastrofal som en kunne tro på forhånd, det viste også meningsmålingene etter saken. Jeg tror



Tegning: ROAR HAGEN

den store tabben var forslaget om nye linjer innen arbeidslivet som kom i midten av mai som nå slår ut. Det var forslag som rett og slett ropte på makt til arbeidsgivere, og liten eller ingen makt til arbeidere. (...) Der skremte Frp i alle fall 5 prosent rett over til Høyre som står for en mye mindre ekstrem politikk. Men en må ikke ta for gitt at Frp er ute av valsen for det er ennå lenge til valget. (...)

LibertyBell, vgd.no

SMS-INNLEGG



” Kjære Egil Olsen (bildet): Vær så snill og signer kontrakt med NFF! Om du vil, har vi virkelig behov for deg! Et unisont ønske fra alle jeg har snakket med. Stolt særping!

Johannes, Haugstuen

” Hver høst har NRK1 et TV-program med innsamling til veldedige formål og «verdige trengende». Noen av midlene går til korrupte ledere i verden og noe til byråkratene. Vi vil ikke ha det slik. Jeg foreslår at høstens innsamling går til Norge og sykehusene! Uverdige hvordan vi blir behandlet som pasienter.

Pasient, Akershus

” En amerikansk dame som er gift med en norsk gutt skal kastes ut av landet fordi han har begynt å studere, mens en på asylmottak får 3000 kroner per hode og norskopplæring. Nå kan en familie på fem flytte inn til en landsmann og få med seg 15 000 i måneden pluss andre goder. Hvor er logikken?

G., Lørenskog

I trygge

- Det er grunn til å takke de som har fortalt sine historier om feilbehandling i VG.
- Pasientsikkerhet har stort fokus, skriver helseministeren.

Når du er syk eller skadet skal føle deg trygg på at du får god hjelp. Vi har et godt helsevesen, men vi må stadig jobbe for å gjøre det ennå bedre. Derfor har jeg stort fokus på arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

ØDELAGT I HELSEVESENET



Anne-Grete Strøm-Erichsen

Sterkt inntrykk

Historiene VG har formidlet den siste tiden gjør sterkt inntrykk. De viser at det skjer for mange feil i helsevesenet. Arbeid som er gjort for å forebygge og forhindre feil viser at det er mulig å redusere skader, dette arbeidet må intensiveres og styrkes. Det viktigste vi gjør er å hindre at feil og uønskede hendelser skjer. Når de skjer må vi også sørge for god omsorg og oppfølging til de som rammes.

Hva som skjedde og hvorfor vil være viktige spørsmål å få svar på.

Jeg ønsker meg større åpenhet om feil som skjer i helsesektoren, pasientene fortjener ærlige svar og skal få informasjon når noe har gått galt. Når feil skjer må vi lære, og hindre at de skjer igjen. Kvalitet og pasientsikkerhet er et område jeg vier høy prioritet. Regjeringen vil lage en egen stortingsmelding om temaet for å sette ytterligere fart og styrke dette viktige arbeidet.

Melde feil

Arbeid med å sikre norske pasienter en trygg og best mulig behandling og kvalitetsforbedring skal og må være en selvsagt del av det daglige arbeidet i sykehus og i kommunehelsetjeneste. Med samhandlingsreformen innfører vi en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester der arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet blir lovfestet. Samtidig må vi styrke fokuset på læring. For å hindre feil må vi vite noe om hvordan og hvorfor de oppsto. Da trenger vi bedre sy-

stemmer som avdekker, fanger opp og analyserer feil og uønskede hendelser.

For å styrke læringsperspektivet har jeg har foreslått at meldinger om feil og uønskede hendelser skal meldes til Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten. Meldingene skal systematiseres og brukes i tilbakemeldinger til både de som jobber i helsetjenesten og myndigheter. Feil kan skje som bakgrunn handling hos et enkelt helsepersonell, men også som resultat av mangel på rutiner ved en hel avdeling eller et sykehus. Slike større systemfeil kan være vanskeligere å oppdage. Det er ikke alltid en enkeltfaktor å rette blikket mot. Da er det ekstra viktig at vi sikrer rutiner og systemer som bidrar til at de avdekkes. Gjennomgang av journaler, flere kvalitetsdata, kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre vil gjøre det lettere å avdekke systemsvakheter. Regjeringen vil at resultatene av slike undersøkelser skal offentliggjøres. Sammenligning mellom sykehus vil avdekke områder med hvor vi kan gjøre forbedring. Vi har allerede offentliggjort slike tall og vi skal offentliggjøre flere, blant annet for å fokusere på kvalitet innen kreftbehandling. Det vil bidra til bedre og tryggere behandling.

Ti punkt

I fjor høst lanserte jeg en ti



SISTE ØNSKE: Peter Franks, er personskaadeerstatning. Han mener fått svar på spørsmålene sine.

punkts plan for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Et av tiltakene er en nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Kampanjen som heter «I trygge hender» ble satt i gang 1.1.2011. Gjennom kampanjen skal vi blant annet gjennomgå journaler for å samle informasjon og kunnskap.

Pasientsikkerhetskampanjen omfatter både sykehus og sykehjem, og blant innsatsområdene er sikrere håndtering av medisiner, og tiltak for å unngå sykehusinfeksjoner.

Stikk fingeren i jorda

I tre samfulle år har russen gledet seg til å feire i tre uker. De har investert mange tusen kroner i russedresser og russebiler. De har planlagt ned til den minste detalj alle treffene, alle festene, stedene de skal kjøre til og musikken de skal spille.

Men nå er det slutt. Det har nemlig Utdanningsdirektoratet bestemt. – På enkelte skoler, stadig flere, er det blitt aksept for

at russen kan forstyrre, komme til timen uopplagte og kanskje med promille. Det er lett å se gjennom fingrene på fravær i russetiden og det faktum at russens generelle atferd og oppførsel er for negativ. Dette må skjerpes inn, sier Siv Hilde Lindstrøm til Aftenposten 24. mai.

Skolene skal ikke flytte eksamen, men skjerpe reglene!

● Skolen skal ikke flytte eksamen, men skjerpe reglene, sier Utdanningskontoret.

● Tror man virkelig at noen skarve anmerkninger skal avholde russen fra å gjennomføre den feiringen de har planlagt gjennom et helt skoleår, spør artikkelforfatteren.

RUSS



Karl-Eirik Kval, lektor

E-POST

Send ditt innlegg til
debatt@vg.no

SKRIV

Send ditt innlegg til
VG, Akersgaten 55
1185 Sentrum, 0107 Oslo

SMS

Send ditt innlegg med
kodeord «sidet» og
din mening til: 2200

- Navn og adresse må oppgis på innsendte innlegg, også når navnet ikke skal i avisen.
- Innlegg med angrep på privatpersoner må signeres med fullt navn.
- Vi forbeholder oss rett til å kutte i manuskriptene, og innsendte manuskripter blir ikke retournert.

hender



en av dem VG har skrevet om i serien «Ødelagt i helsevesenet». Mandag fikk han møte ledelsen i Norsk det økonomiske oppgjøret han har fått etter å ha blitt feilbehandlet er altfor lite. Franks var fornøyd med å ha

FOTO: MAY LINN GJERDING/VG

Haukeland sykehus har nå gjennomført tiltak for å redusere sårinfeksjoner etter kirurgiske inngrep, en infeksjon som kan få alvorlige konsekvenser.

Resultatene viser en nedgang for sårinfeksjoner etter fjerning av livmor fra 11,7 % i 2010 til 8,3 % i 1. kvartal 2011. Ved Nordlandssykehuset og Sykehuset Østfold går nå ledelsen ved sykehuset jevnlig pasientsikkerhetsvisitter med de ansatte i avdelingene. På den måten involveres ledelsen aktivt i arbeidet med å forebygge feil og

uønskede hendelser.

Jeg har skjerpet sykehusenes varslingsplikt, slik at varsling må skje raskere. Viktig informasjon må ikke gå tapt. En egen utrykningsenhet som skal rykke ut ved særlig alvorlige hendelser er etablert og det er gode erfaringer med arbeidet så langt.

Vi har et av verdens beste helsevesenet.

Vi har tatt i bruk ny teknologi og nye metoder som har gitt oss fantastiske muligheter til å behandle flere og gi flere god behandling. Men vi må stadig

forbedre oss. Jeg har bedt sykehusene styrke arbeidet pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid.

Med samhandlingsloven og den nye loven om helsetjenester i kommunen får kvalitetsarbeidet økt fokus.

Å sikre pasienter som er i en sårbar situasjon trygghet for at de får god og trygg hjelp er noe av det viktigste vi gjør og det har høy prioritet for meg og regjeringen. Det er grunn til å takke de som har fortalt sine historier i VG.

Med hva? undrer vi som faktisk jobber i videregående skole. Ordens- og atferdsanmerkninger? For første gang førte jeg statistikk over de tre ukene russefeiringen varte. På grunn av store treff (som i Lillehammer) var kun to elever til stede i fire av timene. I 22 av timene var færre enn halvparten til stede. I gjennomsnitt sovnet fem elever hver time. Antallet elever som var i form og ønsket undervisning var vanligvis tre-fire stykker. Denne type undervis-

ningssituasjon tilfredsstiller det Utdanningsdirektoratet kaller «elevenes rett til opplæring». Hvis man skal ta Direktoratet på alvor.

Man kan spørre seg i hvilken verden utdanningsbyråkratene lever. Forstår de ikke at det er de samme menneskene de hører om natten kjørende rundt med musikkanlegget på fullt, som skal på skolen dagen etter? Skjønnere de ikke at de skaper et system der alle taper? Uttalelsene fra avdelingsdirektør Lind-

strøm er så lite i kontakt med virkeligheten at det nesten ikke er til å tro. Med mindre man har lest Forskrift til opplæringsloven. I forskriften står det at fravær ikke skal telle for karakteren, innsats i timene ikke skal ha betydning, elevens kompetanse på slutten av skoleåret er det avgjørende og at læreren har ansvaret for å skaffe vurderingsgrunnlag. Alt er gode regler dersom man har å gjøre med plikt oppfyllende, ansvarlige og rasjonelle aktører.



TRAKK SEG: Siri Hatlen trakk seg denne uken som adm.dir. ved Oslo universitetssykehus. Foto: KRISTER SØRBØ

Mulig eller umulig?

Oslo universitetssykehus er ikke bare mulig, fusjonen er løsningen på mange av de utfordringene sykehuset, regionen og Helse-Norge står overfor.

Mandag trakk administrerende direktør Siri Hatlen ved Oslo universitetssykehus seg fra sin stilling, samtidig som de ansatte uttrykker bekymring. Dette har fått flere til så stille spørsmål ved om sammenslåingsprosessen lar seg gjennomføre etter planen og uten at det går ut over pasientene. Mitt svar på dette spørsmålet er et ubetinget ja.

ØDELAGT I HELSEVESENET



Bente Mikkelsen, adm.dir. Helse Sør-Øst

ulike bygg, mange av disse er gamle og uhen-siktsmessige. 28 spesialiserte fagområder har vært splittet på to eller tre steder i byen, og akutt-mottak på fem. Dette har ikke gitt pasientene et optimalt helsetilbud, men heller skapt ulikheter i ventetid og tilbud selv for pasienter med samme sykdom. Nå er dette slått sammen til OUS som er landets største sykehus

som hvert år gjennomfører over 1 million pasientbehandlinger og står for omtrent halvparten av all medisinsk forskning i Norge. OUS har et årlig budsjett på over 17 milliarder kroner og mer enn 17 000 ansatte.

Det er ikke riktig at Oslo universitetssykehus skal si opp tusenvis av ansatte i årene som kommer slik enkelte har hevdet. Sykehuset har en naturlig avgang på ca. 1000 ansatte i året og det gir betydelig fleksibilitet når bemanningen skal tilpasses opp-gavene.

Store investeringer

Jeg hører skeptikere si at hele Oslo-prosessen ikke er realiserbar uten investeringsmidler. Det er jeg helt enig i. Sammenslåingen av sykehusene i Oslo er krevende og vil medføre store investeringer i årene som kommer. OUS er tilført 1,2 milliarder kroner i omstillingsmidler i fjor og i år.

Styret i Helse Sør-Øst vil den 16. juni vurdere flere tiltak også for 2012 som bl. a. Muligheter for å gå med 400 millioner kroner i underskudd, også neste år. Et direkte tilskudd på ytterligere 160 mill i 2012 for utjevning av inntektsmodellen. En avsetning på 300 mill til omstillingsinvesteringer i konkrete prosjekter når Oslo universitetssykehus har identifisert og konkretisert disse.

Ut over dette, må tempoet i investeringene veies opp mot andre investeringsbehov i helse-regionen og i de andre helseregionene i Norge slik at vi bidrar til å sikre et like godt helsetilbud i hele landet.

På rett vei

Det betyr ikke at jeg ikke har forståelse for at mange ansatte kan oppleve situasjonen som vanskelig. Jeg er svært glad for medarbeidernes og ledernes engasjement som jeg oppfatter som en utålmodighet etter å gjennomføre visjonen om å etablere Oslo som et av Nordens beste sykehus for pasientbe-handling, forskning og innovasjon.

Oslo universitetssykehus har fått på plass en helt ny organisasjonsmodell og et tettere samarbeide mellom fagmiljøene. Andelen pasienter som opplever brudd på behandlingsfristene er redusert fra 20 til 10 prosent og færre pasienter opplever sykehusinfeksjoner. Det er ingen uenighet om målet med sammenslåingen, men i alle store prosesser som går over lang tid, er det av og til viktig å stoppe opp og ta et tilbakeblikk for å minne oss selv på hva vi egentlig vil oppnå.

Stortinget slo sammen Helse Sør og Øst for at vi skulle styrke helsetilbudet i hovedstaden, og øke forskning og innovasjon. Helse Sør-Øst (HSØ) har etablert Oslo universitetssykehus (OUS) for å skape et ledende sykehus på kvalitet og pasientbehandling, og som et lokomotiv for spesialisert behandling, forskning og kunnskapsutvikling. Dette skal gi pasientene et bedre tilbud og redusere ventetider og fristbrudd. Både de ansatte, ledelsen og styret ved OUS og HSØ er enige om dette målet.

Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål ligger nesten i gangavstand fra hverandre, men har drevet sin virksomhet i 70

PÅ SOMMERFERIE: Disse St. Bernardshundene skal ikke til seiers for sommeren, men til St. Bernards pass. Der skal de slappe av før de skal tilbake til sine jobber i de sveitsiske alper ved Martigny til vinteren.

Foto: AP



Det skal etableres dyrepark på Østlandet og den kan stå klar allerede om fire år. Prosjektgruppen for parken gikk for Durudområdet i Akershus-kommunen Enebakk på grunn av nærheten til Oslo og Tusenfryd. Det skriver Enebakk Avis.

SKREMTE FOLK MED SOFTGUN

Natt til onsdag fikk politiet flere nødtelefoner fra skremte naboer, som hadde observert en mann som skjøt rundt seg med våpen i Bodø sentrum. Ifølge Avi-

sa Nordland kom politiet raskt til stedet, og oppdaget at mannens våpen var en såkalt softgun. Politiet ser likevel alvorlig på saken.



in Kasa opp ett piggrådgjerde. Der klippet han av en piggråd, og hoppet ut i friheten.

Foto: POLITIET



FORBEDRER SIKKERHETEN: Klargjøring til gynekologisk operasjon ved Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssjukehus. Foto: HAUKELAND UNIVERSITETS-SJUKEHUS

Tok grep - færre skadet

Av MAY LINN GJERDING, ANDERS PARK FRAMSTAD, ARILD MYHRE og MONA GRIVI NORMAN

Færre nyopererte fikk infeksjon i sårene da Haukeland universitetssjukehus innførte sikkerhetstiltak.

De første foreløpige resultatene i myndighetenes nasjonale pasientsikkerhetskampanje foreligger nå.

Haukeland har som ledd i kampanjen prøvd ut tiltak for å redusere sårinfeksjoner etter kirurgiske inngrep.

Alle de 48 pasienter som har fått fjernet livmoren hittil i år, fikk oppleve skjerpede sikkerhetstiltak: Måling av temperatur, fokus på fjerning av hår før inngrep og bruk av antibiotika like før operasjon.

Disse grepene medførte nedgang i sårinfeksjoner etter fjerning av livmor fra 11,7 prosent i 2010 til 8,3 prosent i 1. kvartal 2011. Selv om antallet pasienter er lite, mener sykehuset at reduksjonen viser en tendens.

- Dette viser at det har vært en positiv utvikling i løpet av kort tid. Gleden med det, er at dette styrker troen på at det hjelper, sier klinikkdirektør Ingrid Johanne Garnes ved Kvinneklinikken ved Haukeland universitetssjukehus.

Også for kirurger

Ved sykehuset ble det i fjor også innført «sjekklister for kirurger». Kvinneklinikken startet opp med tilsvarende sjekklister i år, for å få ned antall uhell, skader og feil.

I kampanjen kartlegges også omfanget av pasientskader ved norske helseforetak, målt ved såkalt Global Trigger Tool (GTT).

Haraldsplass Diakonale sykehus er det første sykehuset som har levert resultater for 2010: Ti prosent av innlagte pasienter hadde en uønsket hendelse

ØDELAGT I HELSE-VESENET

■ Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» ble lansert av Helse- og omsorgsminister Anne Grete Strøm-Erichsen i januar 2011.

■ Kampanjen er 3-årig og omfatter både sykehus, fastlegekontor og sykehjem.

■ Kampanjen har tre hovedmål: Redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten.

■ Kunnskapssenteret har ansvar for den praktiske gjennomføringen i samarbeid med helse-tjenesten.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

(alt fra avvik til feilbehandling) under sykehusoppholdet.

Politisk rådgiver Tord Dale ved Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) konstanterer at dette er i tråd med det som er forventet i Norge.

Nå skal tallene på uønskede hendelser ned i Norge:

- Dette er jo tall fra før vi satte inn tiltak, og ambisjonen er jo at dette skal ned. Så er det viktig at vi nå får slike tall, det gir oss muligheten til å måle fremgang, sier Dale.

Administrerende direktør Radina Trengereid Haraldsplass Diakonale sykehus fastslår at resultatene gir viktig tilleggsinformasjon som er av betydning for det videre kvalitetsforbedringsarbeid ved sykehuset.

- Vi er glade for at vi gjennom vårt arbeid, synliggjør at vi prioriterer pasientsikkerheten høyt. Samtidig er det en bekreftelse på at vi jobber kontinuerlig med kvaliteten på tjenestene.

- Hva gjør dere videre for å styrke pasientsikkerheten?

- Vi er godt i gang med blant annet etablering og utvikling av pasientsikkerhetsvisitter hos oss. Vi ønsker at ledelsen skal ivareta, i langt større grad, pasientsikkerhet og kvaliteten på tjenesten, sier Trengereid.

FLERE HAR MEDISINLISTE

Gjennom et samarbeid mellom Bekkestua fastlegekontor og Bærum sykehus har man innført en rutine der pasienten utstyres med en liste over faste medisiner hos fastlegen. Andelen pasienter som hadde med en slik liste til når de ble mottatt på sykehuset økte fra 29 prosent i første kvartal 2010 til 42 prosent i fjerde kvartal.

SE OGSÅ DEBATT side 46 og 47

Debatt

Debattredaktør



Elisabeth Skarsbø Moen

Debattredigerer



Knut Åge Hansen

Kronikker og replikker sendes til debatt@vg.no
 Leserinnlegg til sidet@vg.no
 Hovedkronikk: 4500 tegn
 Replikk: 3000 og 1500 tegn

Alle innlegg blir vurdert i løpet av en uke, og alle får svar. **TELEFON 22 00 00 00**

SITATET

» **Når bukken settes til å passe havresekken, så går det gjerne slik.**



Arne Treholt,

får ikke gjenopptatt spionsaken.

KLIPPET



Hendelsen i USA, der den daværende IMF-sjefen er mistenkt for å ha voldtatt en ryddepike, har aktualisert spørsmålet: Hvorfor er det ok for menn å legge bort respekten for andre mennesker, og krenke kvinner i lavt lønnede og utsatte yrker? Det er på høy tid at man tar skritt for å gi oss kvinner i serviceyrket samme rett som alle andre til å bli behandlet med respekt.
aftenbladet.se

FOLKET MENER

Ødelegger jobber



Foto: SCANPIX

Ap ødelegger arbeidsplasser. Det politikere ikke forstår er at folk tilpasser seg fort de betingelse som samfunnet legger til rette med. Når renten er så lav og har vært det lenge nå så tilpasser folk seg dette. Så skal de nå sette opp renten. Noe som vil ta livet av mange boligeiere helt garantert. Før de må gi opp hus

og hjem, så kutter de alle andre steder. Dette vil ramme næringslivet, arbeidsplasser kan fort gå tapt i et rasende tempo. Det lukter 80 tall lang vei av den retningen vi nå beveger oss. Mister folk jobben med et lån på 2-3 mill kr., kan du bare forestille deg hvilken vei det bærer.
 Abner, vgd.no

SMS-INNLEGG



» **LO-lederens (bildet) nye klimautspill er det god grunn til å tro egentlig kommer fra Ap. De har nå forstått det urealistiske i klimaforliket, men må ha en «stråmann» på banen. Bra!**

Ipan, Troms

» **Statoil bryter lowerket om oljevernberedskap gang på gang, og kritiseres av flere tilsyn, men det bryr de seg tydeligvis ikke noe om. Burde ikke regjeringen gripe inn, eller vil de helst vente til en oljekatastrofe er et faktum?**

Bjørn, Drammen

» **Nytt, lite gjennomtenkt forslag fra Ap om at alle skal gjennomføre et pliktår for samfunnet. Man har plikt til å forsvare landet, men å måtte gi et år for at staten skal spare penger på omsorg, blir galt!**

Stein M., Stavanger

Systemet s

- Helseministeren har lansert en nasjonal pasientsikkerhetskampanje «I trygge hender»
- Positive systemforhold trykker og styrker pasientsikkerheten.

Systemsvikt har preget mediebildet, nylig synliggjort gjennom legers lange arbeidsøkter og unntak fra arbeidsmiljøloven, og også gjennom svikt i rutiner for behandling av pasienthenvisninger. Systemet blir med dette fremstilt som en trussel for pasienters sikkerhet. Jeg vil hevde at det motsatt også er tilfelle, at systemet også kan bidra til å styrke pasientsikkerheten. Til grunn for påstanden legger jeg resultater fra en studie jeg gjennomførte i 2010 av en kirurgisk seksjonen og operasjoner på Haukeland Universitetssykehus.

Hva med å snu på flisa?

I likhet med media har jeg som sikkerhetsforsker i flere studier vært opptatt av å kartlegge og forstå systemsvikt i helsevesenet, blant annet knyttet til rapportering og rapporteringssystemer. **Min erfaring fra disse studiene er at helsevesenet preges av sterke profesjonskulturer og motstand mot å innrømme feil (ufeilbarlighet) samt en generell frykt for syndebukkstempelet.** Dette skaper lav endringsvilje, og gjør et fokus mot svikt lite produktiv. Av den grunn skiftet jeg over til et annet spor under studien av kirurgiske operasjoner i 2010, rettet mot å kartlegge hvilke egenskaper ved systemet som bidrar til trygg kirurgi og pasientsikkerhet i operasjonsrommet. Antagelsen var da at det i menneskets natur er uproblematisk å både snakke om og lære av det som er positivt.

Et system av sårbarheter

I studien av kirurgiske operasjoner benyttet jeg detaljerte

ØDELAGT I HELSEVESENET



Sindre Høyland, Institutt for Helsefag, Universitetet i Stavanger

observasjoner, intervju og samtaler, over flere måneder, for å skape en inngående innsikt i hva som bidrar til sikkerhet i operasjonsrommet. Jeg fant da at forhold ved systemet medførte forsinkelser under ulike operasjoner, så som forandringer i rekkefølgen på pasienter som er satt opp for operasjon, manglende planlegging av hvordan operasjonen skal gjennomføres og mangler ved eller forsinkelser i ankomsten av utstyr som er bestilt. **Så langt kan leser nikke bekreftende at dette støtter mediebildet og behovet for å gjøre noe med systemet. «Historien» slutter imidlertid ikke her, for jeg identifiserte også forhold ved systemet som bidrar til å styrke sikkerheten under operasjoner.**

Blant annet hadde seksjonen og operasjonene jeg studerte designet inn en høy grad av fleksibilitet gjennom ekstra buffere av operasjonsrom, bemanning og utstyr. Dette gjorde seksjonen i stand til å kompensere når presset på operasjoner økte og/eller fravær grunnet sykdom oppsto. Konkret observerte jeg dette ved at ekstra personell og utstyr var like i nærheten, og kunne blir raskt satt inn uten å hefte operasjonen



SIKKERHET: Ved Haukeland univer-

tidsmessig – gitt hvor tidskritiske operasjoner kan være, er dette åpenbart en systemstyrke som støtter pasientsikkerhet. **En annen systemstyrke ved seksjonen var at personellet jobbet fast her snarere enn å roterte mellom andre deler av sykehuset, noe som bidro til økt eksponering for og dermed kjennskap til utstyr og rutiner ved seksjonen.** Utslaget av dette observerte jeg gjentatte ganger gjennom organiseringen, presisjonen og effektiviteten i instrument- og utstyrshåndterin-

● For å redusere tiggingsorganisert av bakmenn fra utlandet har byrådet i Oslo innført registreringsplikt for tiggings.

● Vi reagerer på kappløpet mot hardhendt behandling av de som er annerledes, skriver Løsgjængeraksjonen.

TIGGERE



Sigve Indregard, Løsgjængeraksjonen

Å rydde gatene for me

Oslo bystyre har innført registreringsplikt for tiggings. Dermed gjeninnføres en stolt tradisjon fra det nittende århundre, hentet fra en tid ellers preget av nestekjærlige fremstøt som forbud mot jesuitter, dødsstraff ved halshugging, tvangsekteskap, forbud mot samboerskap, sultestraft og tvangssterilisering.

Den gang da forsøkte vi å bli kvitt løsgjengere og romfolk gjennom registrering og ydmyking. Det hele toppet seg med innreiseforbud og tvangssterilisering av romfolk frem til 1977. Byrådets begrunnelse er kjemisk rensing for perspektivet fra de det rammet. Byrådet viser til at handelsstanden mener

E-POST

Send ditt innlegg til
debatt@vg.no

SKRIV

Send ditt innlegg til
VG, Akersgaten 55
1185 Sentrum, 0107 Oslo

SMS

Send ditt innlegg med
kodeord «sidet» og
din mening til: 2200

- Navn og adresse må oppgis på innsendte innlegg, også når navnet ikke skal i avisen.
- Innlegg med angrep på privatpersoner må signeres med fullt navn.
- Vi forbeholder oss rett til å kutte i manuskriptene, og innsendte manuskripter blir ikke returnert.

...som virker



sitetssykehus har man innført sikkerhetstiltak med blant annet «sjekklister for kirurger».

Foto: Haukeland Universitetssykehus

gen mellom sykepleier og kirurg – det var helt klart at teamet kjente godt både utstyr og hverandre. Eksposering over tid blir dermed en systemstyrke som fremmer tryggere kirurgi og styrket pasientsikkerhet.

Fra svikt til balanse

Konklusjonen på studien er at selv om kirurgiske operasjoner preges av negative systemforhold som kan fremme svikt, demmer positive systemforhold opp for de negative. Systemstyr-

kene blir med det limet som holder operasjonene sammen. I kontrast til medias fokus på systemsvikt, er jeg derfor ikke i tvil om at et fokus mot å kartlegge og forstå det som fungerer i helsevesenet, både fremmer et fundamentalt og konstruktivt ønske om læring og endring på individ og systemnivå, og samtidig bidrar til kunnskap om og forsterking av de sikkerhetsmekanismer som alt er bygget inne i systemet for å motvirke at systemsvikt får inntreffe.

Interessen for det som går bra betyr ikke at jeg er ignorant for det som går mindre bra. Jeg mener bare det siste fokuset får urettmessig høy oppmerksomhet i media for tiden, og at reell endring i helsevesenet, gitt en høy endringsterskel konfrontert med svikt, ligger i å styrke eksisterende organisering gjennom å forsterke det som fungerer. Jeg taler med dette for at et mer balansert og nyansert mediebilde bør etterstrebes.

nneskelighet

mindre tigging vil gi økt salg, og ser seg nødt til å gjøre det de kan for å begrense tiggingen fordi de «regelmessig» får telefoner fra borgere og turister som reagerer.

Høyres prinsippprogram innledes med at «alle skal ha størst mulig frihet til og ansvar for å forme sitt eget liv og fremtid».

Byrådet vil i dette tilfellet sette i verk et tiltak som bidrar til å begrense borgernes frihet til å utøve lovlige aktiviteter på offentlig sted.

Denne dagen markerer startskuddet for Løsgjængeraksjonen. Vi er borgere av byen som har sett oss lei på kappløpet mot hardhendt behandling av de

som er annerledes.

Vi mener at en by skal ha rom for virkelige mennesker. Finnes her nød og elendighet, er det egoistisk og usivilisert å møte problemet med å skysses menneskene videre til neste havn. Dersom mennesker tigger, er det fordi de tror det gir dem et bedre liv enn å ikke tigge.



UTDANNING: Myndighetene må legge til rette for fagspesifikk utdanning av helsepersonell, mener Sykepleierforbundet.

Illustrasjonsfoto: Gorm Kallestad/SCANPIX

Sats på kunnskap

Jeg frykter at vi i fremtiden kan få helsepersonell med mindre kompetanse enn det utfordringene i helsetjenesten og de kommende pasientene vil kreve.

Jeg har intet ønske om å henge ut ansatte i norsk helsevesen. Jeg vet mye om hvordan helsepersonell strekker seg, jeg vet alt om deres lojalitet til pasientene og til arbeidsplassen sin, og hvordan de savner kurs, etter- og videreutdanning som arbeidsgiver ikke vil koste på dem.

ØDELAGT I HELSEVESENET



Lisbeth Nor-mann, forbundsleder Norsk Sykepleierforbund

Mangler oversikt

Sammen med Legeforeningen fikk Sykepleierforbundet McKinsey til å lage en rapport om investeringer i bygg, IKT og kompetanse i helseforetakene. Konklusjonen var dyster; helseforetakene mangler en samlet oversikt over nåværende kompetanse og planer for hvordan kompetansen må utvikles for å møte fremtidens behov. Dette har ført til prekær mangel på enkelte spesialister som for eksempel anestesisykepleiere. Norsk Sykepleierforbund har bedt helsemyndigheter og sykehus om å ta ansvar for å lage nasjonale planer og strategier slik at man i de nærmeste årene kan sikre pasientene den kompetansen de så sår trenger. Spesialisering av sykepleiere og annet helsepersonell er ikke utdanning. De er i daglig arbeid på sykehuset mens de spesialisierer seg, og deres kunnskap vil være avgjørende for å sikre sykehusets drift og pasientenes behandling. Det er derfor feil å kalle dette for utgifter! I stedet for å prioritere spesialisering og i stedet for å verdsette de ansattes erfaring og kunnskap, tilbyr man deltidsstillinger – slik vi ser eksempel på ved Oslo universitetssykehus.

Sykepleierutdanningene leverer over 3500 kandidater til helsetjenesten hvert år. Det er en stor

investering og en stor ressurs. Regjeringen arbeider nå med en Stortingsmelding om utdanning til velferdstjenestene. Hvis en skal gjøre endringer i utdanningen er det viktig at det er de rette endringene som gjennomføres så ikke frafallet øker og kompetansen svekkes. Det betyr at utdanningen må være fagspesifikk slik at sykepleierne kan ivareta pasientenes komplekse behov –

enten pasienten befinner seg i sykehus eller i kommunen.

Fremover må vi sikre at det er de beste som søker seg til sykepleierutdanningen. De som både formelt og personlig har de rette kvalifikasjonene og den rette motivasjon. Vi kan ikke på den ene siden se på kritikkverdige forhold knyttet til feilbehandling, og på den andre siden velge å redusere krav til opplæring og resultat for dem som skal arbeide i sektoren. Vi må tvert imot stille krav både til studentene, lærerne, høyskolene og praksisplassene.

Forslag skremmer

Stortinget har nå til behandling Ny helse og omsorgsplan, samt to nye lovforslag, kommunale helse- og omsorgstjenester og folkehelse-

DEBATTEN



● VG har satt søkelys på feilbehandling i helsevesenet. 2000 personer dør hvert år etter feilbehandling og svikt i helsevesenet.

● Vi må sørge for at de beste søker seg til sykepleierutdanningen, skriver artikkelforfatteren.

selov. Dette forslaget skremmer meg, av to hovedgrunner. For det første vil et slikt forslag redusere kravet til kompetanse, og vi vil få «flere hender men ikke flere hoder» inn i helsesektoren. I tillegg vil kommunal frihet til selv å bestemme hvem som skal utføre, for eksempel sykepleie til døende pasienter hjemme, fort føre til at økonomien vinner og pasientenes behov nedprioriteres. Dette vil, etter min mening, forringe helsevesenet ytterligere.

Debatt

Debattredaktør



Elisabeth Skarsbø Moen

Debattredigerer



Knut Åge Hansen

Kronikker og replikker sendes til debatt@vg.no
 Leserinnlegg til sidet@vg.no
 Hovedkronikk: 4500 tegn
 Replikk: 3000 og 1500 tegn

Alle innlegg blir vurdert i løpet av en uke, og alle får svar. **TELEFON 22 00 00 00**

SITATET

«**Etter seks år med rødgrønn regjering er Norge blitt en miljøsinke.**



Trine Skei Grande,

Venstre-leder om miljøpolitikken. (Nasjonen)

KLIPPET



Det var i Norge Marie Antoinette skulle vært. Da hadde hun kanskje sluppet unna giljotinen. I årets landbruksoppgjør fikk bøndene en gjennomsnittlig inntektsvekst på 25 000 kroner, noe som er langt over alle andre grupper i samfunnet, og nå rettes blikket mot en kommende stortingsmelding om landbrukspolitikken. Den vil garantert inneholde masse tøv om at vi ikke produserer nok mat i Norge.

Trygve Hegnar, Finansavisen

FOLKET MENER

Sverige slår oss

Norge faller på internasjonal måling. OECD har offentliggjort en måling om velstand, hvor borgerlige Sverige slår oss ned i støvlene! Har seks år med sosialistisk styre endelig begynt å vise resultater? Australia kommer best ut, Sverige kommer på tredje plass, mens Norge må ta til takke med å ligge som nummer fem av de 34 OECD-landene.

De elleve faktorene landene rangeres ut fra, er elementer OECD anser som viktige for menneskers velferd, deriblant bolig, inntekt, utdanning, helse og sikkerhet.

Den vanligste måten å måle velstandsnivå på, er å se på landenes bruttonasjonalprodukt per innbygger. OECD ønsker med dette å utvikle velstandsmå-



Foto: LINN CATHRIN OLSEN

lingen ved å se på andre faktorer.

– Folk rundt om i verden har lenge ønsket å gå forbi BNP. Denne indeksen er designet for dem. Den har et ekstraordinært potensial til å utvikle bedre retningslinjer for å skape bedre liv, sier generalsekretær i OECD, Angel Gurria.

vaffanculo, vgd.no

SMS-INNLEGG



«**Så enig med vestkantdame. Norge må spare. Vi må være store når våre politikere skal reise utenlands og stråle i sin egen glans. Kanskje på tide å tenke på oss som også har vært med å bygge dette landet.**

1940-modell

«**VG skriver at Norge har Europas billigste bensin. Dette er dårlig nytt for FrP. Nå har FrP-ere én sak mindre å sutre og klage over.**

John, Grimstad

«**Arrogant og frekk PST-sjef! Hun forlanger en unnskyldning i forbindelse med Treholt-saken. Det er vel ingen som tror at POT/PST har rent mel i posen i denne saken. Hun burde heller be de 40 000 i Norge som ble (blir?) ulovlig overvåket om unnskyldning! Snakk om frekthet!**

Stig, Kattem

Eit sukk over

- I bøker er den korrekte metoden for å skrive sant å skildre.
- Må det vere slik at det som blir rekna som gode bøker er dei som lærer oss å bli betre menneske?

Det var ikkje alle i familien til Knausgård som var begeistra då han ga ut «Min kamp». Fleire rykte ut i media og sa at det som stod der ikkje var sant, truga med søksmål. Men ein romanar, det var ikkje noko å gjere med.

Så er det ikkje så enkelt heller. **Knausgård har sagt at prosjektet er å komme så tett inn på livet han klarer, det livet han hugsar.** Han prøver, som mange kunstnerar, å nærme seg det som er sant. Og grunna volumet åleine, omfanget av skildringa av sin kamp, fortener han plassen i litteraturhistorien. Problemet er alle dei andre forsøka på å finne sanninga.

Å snakke sant

Knausgård er ikkje åleine, han er berre den mest suksessrike personen i denne trenden. Så mange har dei blitt at dei er fasiten på gode, kulturelle uttrykk i bøker, musikk og film. I bøker er den korrekte metoden for å skrive sant å skildre. Ein må skildre det ein ser rundt seg, skildre folk og situasjonar, for skildrar ein godt nok kan lesaren kjenne seg igjen, då får han kjensla av at jo, slik er det, dette må vere sant. **Viss det ikkje er krim eller fantasy, viss det er litteratur for vaksne med dei minste ambisjonar om å få bra kritikk i avisa, er det forfatterens ansvar å jobbe alvorleg mot eit sant uttrykk, hverken boka eller livet er noko å flire av, ein kan ikkje kaste vekk lesarens tid på tant og fjas.** I musikk skal det helst vere neddempa, med ærlege, utleverande tekstar. Det lågmælte nye albumet til Fleet Foxes har fått globalt skamskryt, det kunne ikkje annleis gå med ein så sann og ærleg tittel som «Helplessness blues». PJ Harvey har

SANNHET



Olav Kristiseter, forfatter

slutta å bråke, og seier sanninga om England. Her heime hagla 6'arane etter Kristin Asbjørnsen då ho ga opp popen til fordel for spirituals, også Jarle Bernhoft har slutta å skrive om rockelivet og dempa seg, det har gitt god uttelling. Det er det same i film, ein skal helst presentere historier med folk ein kan tru på, ved å skildre delar vi kjenner oss igjen i, trass i at personen er frå eit anna sosialt lag eller framande settingar, som i Izzat og Factotum.

Å ikkje snakke sant

På nittitalet snakka eg ikkje sant. Eg gøymte meg bak ironi og sarkasme, såkalla kald humor. Eg såg filmar som Singles og Reality Bites, småquirky filmar om ungdommar på leit i sosiale situasjonar, eg satt framfor Friends og flirte av Chandler, eller, sjølv sagt, Lillelørddag på Nr. Eg høyrte på Primus, rockebandet der vokalistene har klovnesko og heliumstemme og tekstar om ost og fisk. Eg las American Psycho, fokuserte ikkje så mykje på drapa som kanskje skjedde, kanskje ikkje, eg fryda meg over den nådelause utdrikinga av japane frå åttitalet og dei heslege musikk- og klesvanane. Eg gjenoppdaga Salman Rushdie, vart med han på nok ein tumletur i Maurerens siste sukk. For å oppsummere:



SEINFELD: Episode fra serien på nittitalet surfa eg på overflatene, skriv

Eg surfa på overflatene, hengte meg opp i det ytre, i detaljer. Eg søkte ikkje sanninga der nede, her inne, eg var hverken inderleg eller alvorleg.

Å ikkje ville gå på skulen

Til betre og meir alvorlege skildringar av miljø og personar i bøker, musikk og filmar, til lettare er det å kjenne seg igjen. Når ein kjenner seg igjen, skjer det læring, ein blir klokare. Nei, meir enn det, ein blir danna. Det skjer kontinuerleg, ein lærer så lenge

SREBRENICA



Sukrija Meholic, Røyken

- Ratko Mladic er tatt og stilt for krigsforbryterdomstolen i Haag.
- Han er blant annet tiltalt for folkemord, krigsforbrytelser og forbrytelser mot menneskeheten.
- Mladic kaller anklagene for-kastelige.

Retferdigheten må skje

Slakteren fra Srebrenica, Ratko Mladic, er endelig pågrepet. En av vår tids største krigsforbrytere er tatt. Fantastisk! Flere tusen mennesker ville ha vært i live dersom Mladic ikke eksisterte. Blant dem min bror med sine to sønner samt sønnen til søsteren min. Det faller meg tungt for brystet. Mannen som orkestrerte folkemord i Srebrenica er arres-

tert og rettsaken mot ham er i gang. Veldig bra, men jeg som en av overlevende fra Srebrenica har en blandet følelse. På den ene siden var det virkelig en gledelig nyhet. Arrestasjon av Mladic er en milepæl for både de drepte og de levende krigsforbryterofrene. Dette er en lettelse for oss ofrene, selv om det kom altfor sent, og at det

E-POST

Send ditt innlegg til
debatt@vg.no

SKRIV

Send ditt innlegg til
VG, Akersgaten 55
1185 Sentrum, 0107 Oslo

SMS

Send ditt innlegg med
kodeord «sidet» og
din mening til: 2200

- Navn og adresse må oppgis på innsendte innlegg, også når navnet ikke skal i avisen.
- Innlegg med angrep på privatpersoner må signeres med fullt navn.
- Vi forbeholder oss rett til å kutte i manuskriptene, og innsendte manuskripter blir ikke retournert.

er tapt ironi



talet. George (t.v.) er den som fremstår mest ærleg, medan Seinfeld lyg så det renn av han. - Og som Seinfeld på artikkelforfatteren.

Foto: SCANPIX

ein lever. Men kva om ein ikkje vil?

Wikipedia lærer oss at kvart tiår har sine kjenneteikn. Det er naturlege bølger i kulturen som overalt elles. Det virkar likevel som det noverande jaget på sanning og inderlegheit ligg fast, ute av stand til å lee på seg, som ein stranda kval.

Må det vere slik at det som blir rekna som gode bøker er dei som lærer oss å bli betre menneske, eller lærer oss å kjenne oss sjøve betre? Er det ei naturlov at musikarar som sluttar å bråke og skryte, dem-

par seg og utleverer seg sjølv, skal ha toppkarakter? Viss vi går på ein tåpeleg amerikansk superheltefilm, må vi fnise flaut og innrømme at nei, vi veit at dette ikkje er ein god film, for i gode filmar får vi innblikk i eit knalltøft miljø på botnen av samfunnet der det likevel skin i god vilje, eller ei åleinemors daglege kamp for mat og verdigheit?

Leiter etter sanning

Seinfeld var nyleg i Noreg, det er likevel nittitalsserien vi hugsar han for. George er den som framstår mest ærleg i dag. Javel,

han er irriterande. Men han gjer så godt han kan, han leiter etter sanning og kjærleik, rett nok utan særleg hell. Seinfeld, derimot, lyg så det renn av han. Det virkar som han nektar å ta livet på alvor, han har ikkje George sin ærlege tvil om kva som er det rette å gjere, han køyrer bastant og sarkastisk på ut frå sære, personlege oppheng.

Men kanskje skal han ikkje feiast heilt vekk når han ber om telefonselgaranes heimennummer. Det ligg noko der, ei sanning det òg, om det no er aldri så flåsete og lite inderleg.

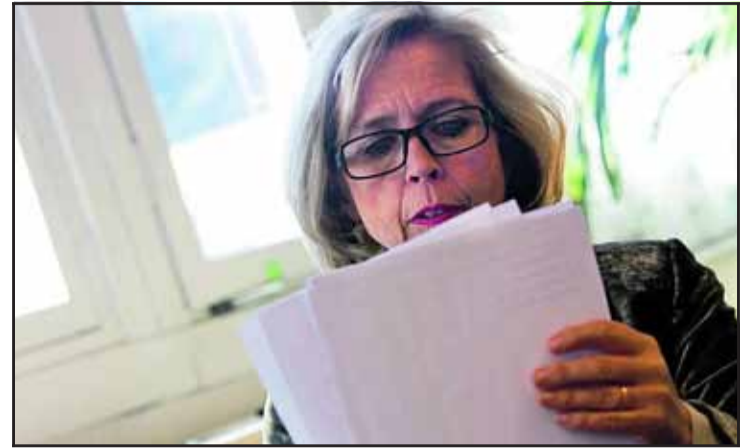
fyllest

ikke kan bringe våre kjære tilbake. På den andre siden er jeg sint fordi Mladic burde ha blitt tatt for 15 år siden. Det er en skam at vi ofrene måtte vente i så lang tid før han ble pågrepet og stilt til ansvar for de handlinger han er tiltalt for. Det var en direkte løgn fra Serbia at serbiske myndigheter ikke visste hvor Mladic holdt seg skjult alle

disse årene. Forventer at Serbia nå tar et oppgjør med sin egen fortid, og ikke bare arresterer Mladic. Serberne må først innrømme at et folkemord fant sted, og at serberne var ansvarlig. Etterpå kan vi få forskning på Balkan.

Som offer er jeg ute etter rettferdighet. Jeg tror at den internasjonale domstol i Haag vil

jobbe ansvarlig, profesjonelt og selvstendig uten å la seg påvirke. En tilsvarende dom for krigsforbryterne Mladic og tidligere arresterte Karadzic (rettsprosess er i gang) vil sende klare signaler til alle nærværende og potensielle forbytere overalt i verden om at ingen er over loven og at rettferdigheten seierer til slutt.



UNDERSØKER?: Helsemyndighetene må utsette Helsetilsynet selv for tøffe tiltak.

Foto: DANIEL SANNUM LAUTEN

Gransk helsetilsynet

For å sikre at norske pasienter får forsvarlig behandling, må helsemyndighetene utsette Helsetilsynet selv for tøffe tiltak, skriver artikkelforfatteren.

Den 31/5 brakte VG et intervju med direktøren i Statens helsetilsyn Lars E. Hanssen, hvor Hanssen varsler tøffere tiltak mot direktører og styreledere i helseforetakene. Tøffere tiltak er absolutt nødvendig. Men for å sikre at norske pasienter får forsvarlig behandling, må helsemyndighetene først og fremst utsette Helsetilsynet selv for tøffe tiltak.

ØDELAGT I HELSEVESENET



Einar Plyhn, forlagssjef og etterlatt ved selvmord

gode data, har disse derfor i all hovedsak fremkommet som følge av klager fra pasienter eller pårørende.

Men selv når gode data foreligger, og hvor det til og med er fastslått grov svikt og alvorlige lovbrudd, er ikke Helsetilsynet interessert i sammenhengene mellom feilbehandlingen og konsekvensene for pasienten. Dette er dokumentert i tilsynssak etter tilsynssak, og står for

Forsømmelser

Stortingets helsekomité anslår at det skjer 2000 unaturlige dødsfall og 15 000 alvorlige personskader hvert år i norske sykehus. Alle disse hendelsene skal ifølge spesialisthelsetjenestelovens § 3.3 meldes til Helsetilsynet. I tiårsperioden 2001 til 2010 er det imidlertid bare meldt inn totalt 18 721 hendelser, altså bare rundt 11 prosent av de hendelsene som skulle vært meldt inn. Helsetilsynet har således i et tiår forsømt å fremskaffe og bearbeide gode og representative data om skadeomfang, skadetype, skadesituasjoner mv. i norske sykehus.

Men selv om meldingssystemet hadde fungert sånn noenlunde, lider systemet av den alvorlige svakhet at det er de behandlingsansvarlige selv som både

beskriver og vurderer hendelsene som innrapporteres, og om noen bør stilles til ansvar. Meldingssystemet er derfor helt uegnet til å få fram informasjon om kritikkverdige forhold. Bare 5 av 3500 innrapporterte hendelser i treårsperioden 2006 til 2008 endte således med administrativ reaksjon. Trolig ble ingen av disse sakene reist utelukkende på bakgrunn av meldinger etter § 3.3, men hverken direktør Hanssen eller fylkeslegen i Oslo og Akershus, Petter Schou, vil svare på om de noen gang har opprettet tilsynssak utelukkende på bakgrunn av enkeltmeldinger etter § 3.3.

I de tilfellene hvor det foreligger

eksempel i klartekst i et oversendelsesbrev fra Helsetilsynet i Østfold den 28.8.2008 til Statens helsetilsyn, i en sak som omfattet et stort antall selvmord ved Sykehuset i Østfold: «Hvorvidt de enkelte selvmord konkret kunne vært unngått, dersom man hadde fulgt retningslinjene på feltet, er det i de aller fleste tilfeller umulig å ha noen begrunnet oppfatning om. Det er heller ikke det sentrale vurderingstemaet for tilsynsmyndighetene. Det sentrale er om sykehuset ved sitt systematiske arbeid sikrer at virksomheten drives etter faglig forsvarlige rammer.»

Feil fokus

Selv om helsepersonell har et selvstendig ansvar for å drive forsvarlig, og feilbehandling skjer i samhandling mellom helsepersonell og pasient, har Helsetilsynet hverken fokus på feil og

konsekvens, eller på personlig ansvar for disse. Ansvaret pulveriseres ved utelukkende å knyttes til foretaket, for deretter så å si aldri å gjøre foretakseier, styre eller ledelse ansvarlig.

Helsetilsynet har, som sitatet over viser, nesten utelukkende fokus på det formelle rammeverket: systemer, rutiner, prosedyrer mv. Formaliteter er selvsagt viktige, men det å avgrense seg til å påpeke helseforetakenes brudd på formaliteter, fører ikke til læring og forbedring foretak der lederskap og organisasjonskultur ikke er i stand til, eller ikke har nødvendig vilje til å frembringe nødvendig endring.

DEBATTEN

- DE MÅ STÅ SKOLERETT



- VG har i en reportasjeserie satt søkelys på feilbehandling i helsevesenet.
- Helsetilsynet er ikke interessert i sammenhengene mellom feilbehandling og konsekvensene for pasienten, skriver Einar Plyhn.



SøndagsCruise

Danseband og jazz!

19/6 Framed + Riva Jazz m/Maj 7 Trio

TirsdagsCruise

Allsang med evigunge artister!

21/6 Bjørø Håland + Framed

OnsdagsCruise

For medlemmer, eksisterende, nye og kommende!

15/6 Steinar Albrigtsen + Jive
22/6 Buddy Band + Framed

TorsdagsCruise

Foredrag og underholdning med kjente artister!

16/6 Steinar Albrigtsen + Jive
Foredragsholder: Geir Gjeltén

BARNAS BÅT

I sommer kan du ta med barna på et ekte pirateventyr! I perioden 24. juni – 20. august er Barnas Båt et 24-timers langt rollespill der barna må være aktivt med for å redde dagen. Et sommerminne barna vil huske! Les mer på stenaline.no

StenaCruise
fra **290,-**
pr. person
t/r Oslo-Frederikshavn
i Standard 2-sengs lugar
v/best. på nett

La hverdagen
seile sin egen sjø!

Bestill på www.stenaline.no eller
ring 02010. Aldersgrense på StenaCruise er 25 år.

Stena Line
Making good time™

Nå skal legenes arbeidstid granskes

Av ARILD MYHRE, MAY LINN GJERDING, MONA NORMAN og ANDERS PARK FREMSTAD

Arbeidstilsynet har fått nok. Nå forlanger de at alle helseforetak gjør rede for kontrollen med legenes arbeidstid.

– Gjennom oppslag i VG har vi fått flere klare indikasjoner på at legers arbeidstid og overtidsbruk kan være uforsvarlig, forklarer direktør Ingrid Finboe Svendsen i Arbeidstilsynet. Hun sikter blant annet til dokumenterte opplysninger om leger som har jobbet opptil 100 timers uke to måneder i strekk og kirurger som har vært på jobb 30–35 timer uten søvn.

Stikkprøver

I tillegg har Arbeidstilsynet bestemt seg for å foreta stikkprøver av legenes arbeidstidsavtaler og hvordan disse etterleves i praksis.

I kjølvannet av Adecco-saken har Arbeidstilsynet allerede bedt helse-regionene gjøre rede for omfanget av brudd på Arbeidsmiljøloven i de offentlige eide helseforetakene. Etter å ha mottatt svarene er imidlertid ikke tilsynet tilfreds med arbeidsgivernes kartlegging av legene. – Utfordringene og grad av forsvarlighet når det gjelder legers arbeidstid kommer ikke tydelig nok frem i svarene ifra helseforetakene, og vi vil derfor be om mer informasjon, sier Svendsen.

– Hva er Arbeidstilsynets definisjon på uforsvarlige arbeidsforhold – i en sammenheng hvor en yrkesgruppe og en arbeidsgiver nærmest er gitt blankofullmakt til å avtale å jobbe så mye de vil?

– Det finnes ingen fasit, men det finnes en grense. Tariffavtalene setter grenser for hva som er tillatt arbeidstid, og dersom det gjøres individuelle unntak, skal også disse være forsvarlige. I hvilken grad arbeidet er fysisk anstrengende eller krever en høy grad av konsentrasjon må eksempelvis veies opp mot mulighet til å hvile eller ta pauser. Her skal vi ikke bare ivareta sikkerheten til arbeidstageren selv, men også de som berøres av virksomheten, i dette tilfelle brukere som pasienter og pårørende, sier direktøren.

– En lege kan ikke gå hjem når det står om liv?

– Nei, og det forstår vi. Den er den systematiske overbelastningen over tid tilsynet vil til livs, sier Svendsen.

Misforhold

Etter «God vakt»-kampanjen i 2008 er hun fullt klar over at det eksisterer et misforhold mellom oppgaver og ressurser i norske sykehus. Men hun er like klar på at det går en grense for hva man kan unnskyldes med ressursmangel. – Arbeidsgiver må organisere arbeidet slik at det tar høyde for akutte tilfeller. Man kan ikke legge opp til passive vaktplaner når realiteten er at arbeidet krever aktiv tilstedeværelse, konkretiserer hun. Hun bekrefter at kommunehelsetjenesten og private virksomheter som leier inn offentlig ansatte leger, også er aktuelle arenaer å kontrollere.

– Leger med flere arbeidsgivere er veldig komplisert og er en ekstrautfordring for oss. Men det er klart at både arbeidsgiver og arbeidstager er pliktig til å sørge for at man stiller tilstrekkelig ut hvilt til å gjøre en forsvarlig jobb, sier Ingrid Finboe Svendsen.

E-post: arild.myhre@vg.no
may.linn.gjerdning@vg.no
mona.grivi.norman@vg.no
anders.framstad@vg.no



KREVER SVAR: – Det er den direktør Ingrid Finboe Svendsen i arbeidstidsavtaler.

STOR RESPONS

Leger bekrefter maratonvakter i flere henvendelser til VG.

» Jeg har egentlig alltid lurt på hvorfor vi er unntatt fra arbeidsmiljøloven. Har gått mange vakter der jeg har jobbet mer enn halvannet døgn i strekk.

» Når jeg går nattevakt i akuttmot-tak og samtidig har ansvaret for fem sengeposter, er det to-tre skift for sykepleierne i løpet av min vakt. Det er merkelig at dette er akseptabelt.

» Jeg har selv også vært distriktslege med 10 mil sjøveien, alene, 24 timer i døgnet. Skulle jeg følge arbeidstiden, koble ut telefonen??

Fjellgubben
» Nå blir jeg skikkelig provosert. Tror dere at vi leger nødvendigvis ønsker å jobbe 19 timer ++ i strekk eller? Dette skjer ved underbemanning og f.eks. når man på tampen av arbeidsdagen får beskjed om at den som har nattevakt ikke kan ta vekten. – RattusNO

Solskinn 81



VG 1. juni



VG 1. juni



systematiske overbelastningen vi vil til livs, sier Arbeidstilsynet. Nå vil de ta stikkprøver av legenes Foto: SCANPIX

LEGEFORENINGEN POSITIV

Arbeidstilsynet minner om at parter som er gitt mulighet til å inngå avtaler unntatt fra Arbeidsmiljøloven, har ansvar for at avtalene er forsvarlige.

– Vi har tro på at også Legeforeningen tar ansvar og tar affære dersom de erfarer at avtalen og praksisen er uforsvarlig for sine medlemmer, sier arbeidstilsynsdirektør Ingrid Finboe Svendsen til VG.

– Jeg kan forsikre at vi er på linje. Vi samarbeider godt med Arbeidstilsynet og vil bidra i dette ar-

beidet, sier president Torunn Janbu i Legeforeningen til VG.

Etter et møte med legeforeningen har Arbeidstilsynet bedt foreningen komme med konkret tilbakemelding på hva de mener er viktige utfordringer å følge opp.

Legeforeningen skriver i sitt svarbrev at de for tiden mottar mange tilbakemeldinger fra medlemmer knyttet til arbeidsmiljø og arbeidstid. I brevet lister foreningen også opp en rekke forhold de mener Arbeidstilsynet bør se nærmere på.



VG 30. mai



VG 30. mai



VG 30. mai



VG 30. mai



VG 2. juni



VG 3. juni



VG 4. juni

SOMMER-SALG

FRA 469,-

Oslo – Én vei fra:

- KRISTIANSAND 419,-
- STAVANGER 469,-
- HAUGESUND 469,-
- BERGEN 469,-
- ÅLESUND 469,-
- MOLDE 469,-
- KRISTIANSUND 469,-
- TRONDHEIM 469,-
- BODØ 569,-
- HARSTAD/NARVIK 569,-
- BARDUFLOSS 569,-
- TROMSØ 569,-
- ALTA 569,-
- KIRKENES 569,-
- KØBENHAVN 469,-
- STOCKHOLM 469,-

Barn betaler kun skatter og avgifter i følge med voksen. Bestill senest 20. juni på sas.no

A STAR ALLIANCE MEMBER

Priseksemlene gjelder én vei på SAS direkte ruter ved bestilling på sas.no. Reiseperiode 1. juli – 31. august 2011. Barn 0-11 år betaler kun skatter og avgifter i følge med voksen. Ved bestilling på 05400 påløper et servicehonorar. Antall plasser er begrenset. På enkelte avganger/dager/høysesong kan det være få eller ingen billetter til laveste pris. Sjekk sas.no for øvrige sommerpriser.

ØDELAGT I HELSE-VESENET

Peters kamp



MOT SLUTTEN: Her ligger Peter Franks – døende. Han ble fratatt flere år av livet på grunn av en legetabbe.

Etter legetabben slåss Peter Franks til det siste, for å bli hørt av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

Onsdag var kampen over: Peter døde onsdag kl. 16.00 på Radiumhospitalet.

Førrige tirsdag, brukte den avmagrede mannen sine aller siste krefter på en enmannsdemonstrasjon mot systemet.

Venner hjalp ham ut av dødsleiet. De fulgte Peter til NPE, hvor han ville be ledelsen om rettferdighet.

Etter en innbitt kamp ble han tilbudt 2,7 millioner kroner i erstatning – noe 52-åringen synes var smuler å etterlate familien med.

Sterkt inntrykk

– Det er klart at Franks' sak har vært enestående på mer enn én måte. Han har kjempet på tre fronter: Kjempet mot døden, slåss for egen sak og tatt på seg byrden å utkjempe disse kampene i all offentlighet, sier Peter Franks' advokat Edmund Asbøll til VG.

Peter frontet VGs kartlegging av historien til 40 mennesker som har fått livet ødelagt av helsevesenet.

Historien hans genererte enorm leserspons, og gjorde

sterkt inntrykk på Helse Sør-Øst-direktør Bente Mikkelsen. Også helseministeren uttalte at hun ble berørt.

For at sønnen Alex (9) skal ha mest mulig livaktige minner av sin far, har kona filmet alt familien gjorde for å ha det hyggelig da Peter fortsatt var på bena i fjor:

Det har vært hele 277 671 visninger av dokumentaren om Peter på VG TV: Døende av kreft etter fastlegens tabbe.

2000 hvert år

– Han brukte sine siste krefter for å markere sitt standpunkt,

Ble offer for legetabbe – nå er han død

og for å gi de feilbehandlede et ansikt. Det er mange som har kontaktet meg etterpå og sagt at de virkelig har skjønnet alvorret i disse sakene. Så han har gjort en kjempeinnsats, som jeg beundrer ham for, sier Asbøll.

– På hvilken måte har Franks oppnådd noe ved å fortelle sin sterke historie, og frontet feilbehandlede sak?



VG 30. mai



VG 31. mai



VG 1. juni



VG 2. juni



VG 3. juni



VG 4. juni



VG 7. juni



VG 15. juni

p er over



Foto: MATTIS SANDBLAD

– Jeg tror det har åpnet øynene til mange, slik at de ser omfanget og alvorligheten av problemene som feilbehandlede møter, sier advokaten.

Peter var én av mange som har fått livet ødelagt av lege-tapper og svikt i helsevesenet. Et anslag gjort for Helsedepartementet viser at 2000 personer dør hvert år – altså fem mennesker hver eneste dag.

Ifølge Bente Mikkelsen kan 50 prosent av feilene unngås.

Peters siste ønsker

52-åringens nærmeste hjalp Peter med å få oppfylt sine to siste ønsker. Peter elsket seiling og friluftsliv.

Lørdag 4. juni løftet de ham fra dødsleiet og om bord i en

seilbåt i Asker. På den blinkende fjorden ventet kona, sønnen og venner for å være sammen på bølgene for siste gang.

Det er også her han ytret ønske om å hvile:

– Peter vil at halve asken

hans skal spres på Oslofjorden, slik at han alltid kan seile med sønnen vår og meg. Resten av asken ønsker han spredd på engen hvor vi møttes for første gang, sa kona Susan Penty til VG da mannen Peter fortsatt levde.

TIPS OSS

Er du blitt utsatt for feil eller svikt i helsevesenet? Send innspill på mail:



arild.
myhre@vg.no

may.linn.
gjerding@vg.no

mona.
norman@vg.no

anders.
framstad@vg.no

SOMMER-SALG

FRA 469,-

Oslo –

Én vei fra:

KRISTIANSAND **419,-**

STAVANGER **469,-**

HAUGESUND **469,-**

BERGEN **469,-**

ÅLESUND **469,-**

MOLDE **469,-**

KRISTIANSUND **469,-**

TRONDHEIM **469,-**

BODØ **569,-**

HARSTAD/

NARVIK **569,-**

BARDUFLOSS **569,-**

TROMSØ **569,-**

ALTA **569,-**

KIRKENES **569,-**

KØBENHAVN **469,-**

STOCKHOLM **469,-**

Barn betaler kun skatter og avgifter i følge med voksen. Bestill senest 20. juni på sas.no



A STAR ALLIANCE MEMBER

Priseksemlene gjelder én vei på SAS direkteruter ved bestilling på sas.no. Reiseperiode 1. juli – 31. august 2011. Barn 0-11 år betaler kun skatter og avgifter i følge med voksen. Ved bestilling på 05400 påløper et servicehonorar. Antall plasser er begrenset. På enkelte avganger/dager/høysesong kan det være få eller ingen billetter til laveste pris. Sjekk sas.no for øvrige sommerpriser.

DE NYE KREFTHÅPENE – se side 12, 13 og 14

ØDELAGT I HELSE- VESENET



**HAN
SKAL DØ**
ETTER LEGENS TABBE

VG 30. mai



**MISTET
ADOPTIV-
BARN**
ETTER SPYTELSEN

VG 31. mai



**Kirurg: -Jeg jobbet 100
timers uke i to måneder**

VG 1. juni



FRYSES UT ETTER FEIL

VG 2. juni



3 AV 4 PASIENTER MISFORNØYDE

VG 3. juni



**Jeg kan ikke utelukke at feil begås
fordi man har arbeidet for lenge.**

VG 4. juni



**1. juni skrev VG om leger
som har jobbet opptil 100 ti-
mers uke to måneder i strekk
og kirurger som har jobbet i
30-35 timer uten søvn.**

VG 7. juni



Peters kamp er over

VG 18. juni



UTFORDRER HELSEMINISTEREN:

– At helseministeren ikke går ut og sier at slik kan vi ikke ha det i helsevesenet, er jeg utrolig skuffet over, sier pasientombud Knut Fredrik Thorne.

Av MAY LINN GJERDING, ARILD MYHRE, ANDERS PARK FRAMSTAD og MONA GRIVI NORMAN

– Pasientsikkerheten ofres av hensyn til legenes lommebok, sier pasientombud Knut Fredrik Thorne.

Han mener at det som har vært styrende for legenes arbeidstidsavtale, er hensynet til deres egne lommebøker.

1. juni skrev VG om leger som har jobbet opptil 100 timers uke to måneder i strekk og kirurger som har jobbet i 30-35 timer uten søvn.

– Hadde jeg vært helseminister, og sittet og sett at det kom frem at leger har jobbet inntil 100 timer i uken, hadde jeg gått ut og gjort det klingende klart at det er fullstendig uakseptabelt, sier pasientombud i Akershus, Knut Fredrik Thorne.

Pasientombudet forteller at fem leger har ringt til ham etter VG-oppslag om legenes maratonvakter.

– De legene som har ringt

meg, har sagt at de føler seg presset av arbeidsgiveren til å ta lange vakter som de selv ikke ønsker, og som de selv synes er uforsvarlige.

Farlig lange vakter

Statssekretær Robin Kåss (Ap) svarer på helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsens vegne:

– Vi tar på alvor at det er mange lange vakter som en følge av blant annet behovet for kontinuerlig døgn-drift. Helseministeren er klar på at vi ikke skal gå på akkord med sik-

kerheten. Både arbeidsgivere, helsetilsynet og den enkelte helsearbeider har et ansvar for å sørge for at vaktbelastningen ikke går på bekostning av pasientene, sier Kåss til VG.

President Torunn Janbu i Legeforeningen fremholder at vaktlengden har gått ned,

og at leger har fått rett til hvile etter vakt.

– Legeforeningen har i flere år jobbet for tryggere og mindre belastende vakter og arbeidet for mindre nattarbeid for å sikre pasientsikkerhet og legers helse, sier hun.

Krangler

Legeforeningen har krevd at innholdet i «vakt» skulle defineres som det som ikke kan vente til neste dag, slik at arbeidspresset går ned. Det vil ikke arbeidsgiver.

– Sykehusøkonomien gjør at man ikke bruker vikarer

TIPS OSS

Er du blitt utsatt for feil eller svikt i helsevesenet? Send innspill på mail:



arild.
myhre@vg.no

may.linn.
gjerding@vg.no

mona.
norman@vg.no

anders.
framstad@vg.no

Sliten kirurg besvimte på operasjonsstuen

Dette får de for å jobbe mye

Mye av legelønnen er knyttet til belastende tjenesteplaner med lange vakter.

Basislønn	700 000,-
Tilleggsarbeidstid	260 000,-
Vakttillegg	50 000,-
Sum før overtid	1 010 000,-

VGs regnestykke viser hvor mye av lønnen til en ganske vanlig sykehusoverlege som er kompensasjon for arbeid utover alminnelig arbeidstid.

BASISLØNNEN til en overlege er i snitt ca. 700 000 kroner. I tillegg kommer eventuelt doktorgradtillegg (minimum 40 000 kr.). I basislønnen inngår eventuelle personlige tillegg, funksjonstillegg, beredskapstillegg og rekrutteringstillegg.

TILLEGGSARBEIDSTID: Fordi legene er unntatt fra Arbeidsmiljøloven har arbeidsgiver anledning til å kjøpe tilleggsarbeidstid – såkalt UTA-tid – fra den enkelte lege. Hver ekstra time pr. uke betales med minimum 454 kroner, avhengig av basislønn.

Hvor mye UTA-tid som må legges inn i den enkelte leges tjenesteplan og lønn avhenger blant annet av hvor mange leger som deler på turnusen.

VGs eksempel tar utgangspunkt i en overlege i syvdelt turnus og en UTA-tid tilsvarende ca. 50 timers arbeidsuke i snitt. Dette kan kompenseres med ca. 260 000 kroner pr år.

VAKTTILLEGGENE vil avhenge av i hvor stor grad legen har tilstedevakt eller passiv vakt (hjemmevakt). Sistnevnte betales med fra en firedel til en tredel av timelønnen. Kompensasjonen vil også her variere med basislønn, men for en lege i syvdelt vakt kan disse tilleggene beløpe seg til ca. 50 000 kroner.

I TILLEGG til regnestykket kommer uforutsette vakter, utrykninger og overtid. En 10 timers tilstedevakt som må dekkes på grunn av sykdom eller fravær, betales med minst 7300 kroner. Overtid – for eksempel for å fullføre papirarbeid – og utrykning fra hjemmevakt betales med minimum 454 kroner pr time.

En del leger har også oppdrag fra andre arbeidsgivere, som kommunale legevakter, private klinikker, forskningsinstitusjoner og legemiddelindustri.

ASSISTENTLEGENES lønn er oppbygd på samme måte. Forskjellen er at basislønnen er lavere, alt etter hvor langt man er kommet i spesialiseringen (ca. 450 000 – ca. 530 000 kroner pr år). Det er heller ikke vanlig å avtale tillegg til denne basislønnen. Assistentlegene vil som oftest ha hyppigere tilstedevakter enn overlegene.

”LEGENES ØKONOMI GÅR FORAN PASIENTTENES SIKKERHET

Kraftsalve fra pasientombudet

lenger for eksempel i ferier. Det skaper ytterligere press på legene, vi krever at man igjen tar inn vikarer, sier Janbu.

Da Thorne var jurist i Helseilsynet i Østfold så han gjennom en årrekke saker hvor legene hadde vært farlig lenge på jobb.

– Det er ingen tvil om at det er sammenheng mellom lang arbeidstid og antall feil som begås, sier Thorne og understreker at dette er én av flere faktorer som gjør at feilbehandling og svikt oppstår.

– Uforsvarlig

Sist uke bestemte Arbeidstilsynet seg for å granske om legenes arbeidstidsbelastning ikke lenger er forsvarlig.

– Det er en ting som bekymrer meg: Hvorfor går helseministeren ikke ut og sier at dette er uholdbart, og sørger for endring? I stedet går legenes

økonomi foran pasientenes sikkerhet, sier Thorne.

Han tilføyer at mange av sykehuslegene også arbeider i private klinikker eller i andre deler av helsetjenesten.

Kirurg besvimte

– En sykepleier fortalte meg

at hun jobbet som operasjons-sykepleier med en nevrokirurg som hadde vært på jobb så lenge, at han besvimte på operasjonsstua. Hun sto ved siden av ham da han segnet om, sier Knut Fredrik Thorne.

Torunn Janbu oppfordrer leger til å si ifra om arbeidsforhold som er uforsvarlige.

– Tjenesteplanen skal gjennomgås dersom det ikke regelmessig er åtte timers hvile per vakt. Men det forekommer fortsatt lange økter særlig nå når sykehusøkonomien er presset mens arbeidspresset øker.

Lønnen avspeiler ansvar

– Leger har høy utdanning og stort ansvar. Det skal avspeiles i lønnen, sier president Torunn Janbu i Legeforeningen.

Ulemper med vaktarbeid skal også kompenseres. I 2003 ble det foretatt en omlegging av lønnsystemene der mange av tilleggene ble omgjort til basislønn.

– En relativt stor andel av legenes lønn er knyttet til kompensasjon for arbeid utover alminnelig arbeidstid. Kan det være at noen leger også får en økonomisk motivasjon for å inngå slike avtaler?

Janbu påpeker at legene bestemmer ikke vaktssystemene, det gjør sykehuset.

– Hele døgnet må dekkes opp, og ansettelse av flere leger, der de finnes, ville ikke redusert kostnadene. Men flere steder er det reelle behov for flere. Det er ingen grunn til å mene at leger jobber lange vakter for å tjene mer penger.

● Leger føler seg presset til å gå maratonvakter

Debatt

Debattredaktør



Elisabeth Skarsbø Moen

Debattredigerer



Knut Åge Hansen

Kronikker og replikker sendes til debatt@vg.no
 Leserinnlegg til sidet@vg.no
 Hovedkronikk: 4500 tegn
 Replikk: 3000 og 1500 tegn

Alle innlegg blir vurdert i løpet av en uke, og alle får svar. TELEFON 22 00 00 00

SITATET

Byr meg katta om NRK-sendingen øker verdien på Hegnars aksjer.



Programmet styrker først og fremst hurtigruta som kulturbærer langs kysten.

Marit Arnstad

KLIPPET

Anne Vikens Blogg



Ein musikkjournalist som ikkje veit skilnaden på Bob Dylan og Madonna, på gitar og piano, er inkompetent. Ein journalist som legg for dagen eit liknande kunnskapsnivå i naturvitskap, er det ingen som legg merke til. Min påstand er at journalisters manglende kompetanse i naturvitskap gjer det vanskeleg å føre ein kompetansebasert debatt rundt klima, miljø og matproduksjon i det offentlege rom.

Ein musikkjournalist som ikkje veit skilnaden på Bob Dylan og Madonna, på gitar og piano, er inkompetent. Ein journalist som legg for dagen eit liknande kunnskapsnivå i naturvitskap, er det ingen som legg merke til. Min påstand er at journalisters manglende kompetanse i naturvitskap gjer det vanskeleg å føre ein kompetansebasert debatt rundt klima, miljø og matproduksjon i det offentlege rom.

<http://anneviken.blogspot.com>

FOLKET MENER

Bruk redningsvest

Påby bruk av redningsvest nå! Norge dør det mellom 80–140 personer i drukningsulykker hvert eneste år. Mange av disse drukningsulykkene kunne vært unngått om redningsvesten hadde vært i bruk.

Kjører du bil er det påbudt å bruke belte fordi vi vet at belte redder liv, men i båt er du ikke lovpålagt å bruke redningsvest selv om vi vet at risikoen øker betraktelig for å drukne om du havner i vannet ved en ulykke.

Jeg har sett litt på Hurtigruten: Minutt for minutt som går på NRK 2 og det er ufattelig å se så mange tullinger på havet som ikke bruker redningsvest. Det er påbudt å ha redningsvest i båten, men ikke å bruke den. Det er en regel jeg finner totalt ufor-



Foto: SCANPIX

ståelig. Tenk om det var lignende lovverk for bil? Regjeringen bør straks innføre påbud mot å bruke redningsvest når en ferdes på havet for slik å få ned antall drukningsulykker. (...)

LibertyBell, vgd.no

SMS-INNLEGG



Telenor tjener penger, staten tjener penger imens råtner infrastrukturen på rot. Men begge sjefene bevilger seg selv lønnsøkninger hinsides alle andre, dette er sosialisme i dag, husk dette til høstens valg.

f.e.

Brannen på Bergensbanen og Telenors problemer, begge tydelige tegn på forfall og dårlig vedlikehold fra to statseide selskaper. Regjeringens sparelinje begynner å gi utslag, uheldige sådanne. Vedlikehold og forebygging, er det fremmedord for dagens regjering?

Tor, Nes

Jeg skulle ønske norsk media kunne sette fokus på det grusomme som skjer i Romania. Gatehunder og katter blir slaktet, slått i hjel og brent levende! Det skal stemmes for en ny lov angående total nedslaktning av gatedyr 21. juni. Mange land i Europa har engasjert seg, men ikke Norge. Dette er et EU-land! Mye informasjon på YouTube og Facebook.

Vigdis, Oslo

Pasienten

- VGs serie om feilbehandling er pinlig for oss som jobber i helsevesenet.
- Enkle rutiner er heller unntaket enn regelen ved sykehusene.
- Men også pasientene må ta ansvar for at de får riktig behandling.

Nylig presenterte VG en reportasje med 40 rystende historier fra virkeligheten. Gjennom gripende pasientintervjuer ble vi innviet i en serie tragiske historier der enkeltmennesker og deres familier var meningsløst rammet av feilbehandling i helsevesenet. VGs prisverdige initiativ og mediedebatten som fulgte har vært pinlig for både helsepolitikere, byråkrater og alle oss som jobber direkte med pasientbehandling.

Mangler sjekklister

Helseprofesjonene har den høyeste kompetansen, blir vist tillit fra samfunnet og forbruker store deler av statsbudsjettet. Som brukere, er det på høy tid at pasientene stiller strengere krav til sikkerhet og kvalitet.

Det blir stadig vanligere å sammenligne sikkerhetssystemene i luftfart og helsevesenet. I luftfart er det innarbeidet strenge kontrollrutiner for alle prosedyrer og utstrakt bruk av sjekklister før det gis klarsignal for «takeoff» og landing.

I helsevesenet er slike enkle rutiner heller unntak enn regel. Hvordan kan sykehus og leger klare seg uten faste kontrollrutiner? Det er en grunnleggende forskjell: Flygere og kabinpersonell vil gjerne komme levende hjem etter sin arbeidsdag. Leger og pleiepersonale risikerer lite ved forglemmelser og unøyaktighet.

En vei

Det finnes bare en farbar vei og den begynner nå med pasient-sikkerhetskampanjen "I trygge hender 7124", som ble åpnet av helseministeren.

Fleire pilotprosjekter er kommet godt i gang. Når pilotene oppsummerer sine erfaringer vil de nye tiltakspakkene settes ut i

ØDELAGT I HELSEVESENET



Morten Finckenhagen, lege og pilotleder for delprosjektet i kampanjen "I trygge hender"

livet i hele helsevesenet over de kommende 2–3 år.

Eksempler på satsingsområder er: Trygg kirurgi, sykehusinfeksjoner, hjemmeslagbehandling, psykisk helse, legemiddelbruk på sykehjem, ledelsesvisitter på avdelingene og legemiddelsamstemming.

Det siste prosjektet ledes av meg. Beregninger viser at feil og misforståelser knyttet til medisiner, bare i Norge koster hundrevis av mennesker livet og tusenvis av unødige sykehusinnleggelses med pasientskader hvert år.

Lever lenger

Medisinsk behandling blir stadig mer avansert. Tall fra Norsk reseptstatistikk viser at 1 million nordmenn bruker minst 3 medisiner på blå resept og nær 300.000 bruker 6 eller flere. Bruk av mange legemidler øker risikoen for feilbruk, bivirkninger, overmedisinering eller kjemisk kollisjon mellom legemidler i kroppen.

Det foreligger allerede et system for å forebygge slike feil. I fastlegens datajournal finnes en oversikt over pasientens faste medisiner. Den skal oppdateres fortløpende av legen. En oversiktlig medisinaliste kan skrives ut med et tastetrykk. Ved å lære opp alle pasienter til å bære denne listen med seg og uoppfordret vise den frem ved alle kontakter med helsevesenet og

apotek, vil vi kunne redusere pasientskader knyttet til feilmedisinering til et minimum.

I min praksis har jeg konsekvent praktisert denne pasientmedvirkningen i mange år. Jeg får daglig tilbakemeldinger om at det oppleves trygt og nyttig.

Kampanjen «I trygge hender» har fått et besnærende og til-litvekkende navn. Det er likevel en fare for at pasientene kan oppfatte det som om de fritas fra medansvar. Hvis vi skal oppnå bedre pasientsikkerhet må pasienten involveres.

Det er startet en plakatkampanje der målet er å få pasientene til å be legen sin om en medisinaliste.

Gammeldags

Mange vil hevde at papirlister er gammeldags og snart vil erstatte av elektroniske løsninger. Det har man snakket om i mer enn 10 år og i mellomtiden dør og skades pasienter hver dag pga. legemiddelfeil. Elektroniske løsninger vil komme. Blant annet jobbes med konsepter som eResept og elektronisk kjernejournal. Inntil videre fungerer medisinaliste på papir aldeles utmerket. Den kan dessuten leses overalt, i lyset fra en lommelykt om nødvendig. Elektroniske systemers sårbarhet fikk vi nettopp et skremmende eksempel på da Telenors mobiltelefon system brøt sammen under flomkatastrofen i våre største dalfører.

Den viktigste hensikten med delprosjektet om sikker legemiddelinformasjon er å skape en gjennomgripende kultur- og holdningsforandring i informasjonsskjedens tre likeverdige ledd: Fastlegen, pasienten og sykehuslegen. Begge legekategorier har en jobb å gjøre. Det vil kreve endrede rutiner og noe mer tidsbruk, men gevinsten er

● VG skrev 17. juni om Bogstad skole som i flere år har delt inn elevene etter evner og ikke alder.

● Fylkesmannen har stemplet ordningen som ulovlig i henhold til opplæringsloven.

ELITESKOLER



Jarl Borgvin Dørre, far

Feil om Bogstad skole

VG har i en artikkel 17. juni gitt en uriktig fremstilling av Bogstad skole. På et spinkelt grunnlag hevdes det at Bogstad skole har drevet en ulovlig eliteskole, og at det foreligger en «bitter skolekrig». Dette er ikke riktig.

Artikkelen inneholder faktafeil og er lite dekkende. Den er uriktig hva gjelder det pedagogiske opplegg, og den er uriktig med hensyn til foreldres til-

fredshet med skolen. Det medfører ikke riktighet at skolen deler inn barna i grupper etter ulike ressurser. VG baserer seg på kommunikasjonsrådgiver Jarle Aabø, som har hatt barn ved skolen, og som ser ut til å være opptatt av å få frem sitt negative syn. Han representerer ikke den generelle oppfatningen av skolen.

Bogstad skole er en meget

E-POST

Send ditt innlegg til
debatt@vg.no

SKRIV

Send ditt innlegg til
VG, Akersgaten 55
1185 Sentrum, 0107 Oslo

SMS

Send ditt innlegg med
kodeord «sidet» og
din mening til: 2200

- Navn og adresse må oppgis på innsendte innlegg, også når navnet ikke skal i avisen.
- Innlegg med angrep på privatpersoner må signeres med fullt navn.
- Vi forbeholder oss rett til å kutte i manuskriptene, og innsendte manuskripter blir ikke retournert.

nar ansvar



MANGE FEIL: Pasienter kan hindre feilbehandling ved å bære med seg en liste over hvilke medisiner de tar.

Foto: Berit Roald / SCANPIX

tryggere arbeidsforhold i møte med pasienten og viktigst: Liv og penger spart!

Pionerer

Skottland er en pioner på pasient-sikkerhetsarbeid. De var blant landene i Europa med dårligst

folkehelse og høyest dødelighet av både sykdom og feilbehandling. Nylig var en norsk delegasjon på studietur til Skottland for å lære mer. Det som gjorde inntrykk var den solide organisering med forankring i politisk toppledelse og involvering av alle ledd i helsevesenet ned til den enkelte lege og

sykepleier. Man kunne lett føle en smittende entusiasme og lagånd, men samtidig en ydmykhet og ærlighet som må beundres: «We actually kill people that could be my mother, brother or best friend». La oss inspireres av skottene!

god skole. Jeg har selv barn der. Skolen fortjener god omtale, ikke Aabøs påstander. Skolen har engasjerte og dyktige lærere. De samarbeider godt. De er genuint opptatt av at elevene skal trives og lære mye på skolen. Skolen har et godt miljø og et godt læringsmiljø.

Med unntak av Aabø og en liten håndfull andre negative personer som man finner over alt, opplever jeg at foreldre i skolekretsen er begeistret for hva lærerne ved Bogstad skole får til. Det er problematisk at

Aabø, ved sin kritikk, ved å gi inntrykk av at han representerer flere enn tilfellet er og ved at VG er for lite kritisk til fremstillingen, bidrar til at omverdenen får et vrengebilde av skolen. Det undergraver det gode undervisningsmiljøet. Det rammer lærere som ivrer for arbeidet og som nedlegger en betydelig innsats for elevene. Det skaper helt unødvendige negative følelser hos elever som ikke kjenner seg igjen, og som opplever angrepet på skolen de er så fornøyde med, som urimelig.

Rektor Ellen Larsen og staben ved skolen fortjener honnør for den innsatsen de gjør, likeså for at skolen på de få årene den har eksistert har etablert seg som en så god skole. Det er bare å håpe at lærerne opprettholder sin motivasjon og innsats, og ser at Aabø ikke spiller oppfatningen av skolen. Kanskje kan vi også håpe at VG blir nysgjerrige på hvorfor Bogstad skole er en så god skole. Det ville vært interessant for omverdenen å vite!



SAMARBEIDER: Kristin Halvorsen på Bjørndal skole for å lytte til lærerne der. FOTO: MAGNAR KIRKNES/VG

VG til stryk!

VGs kommentator Åshild Mathisen lirer av seg en pinlig feilaktig og lite oppdatert kommentar om SV og skolepolitikk i gårndagens VG. Hvis hun var elev i norsk skole ville besvarelsen stått til stryk.

Feil nr. 1:

Den bærende latterliggjøringen i artikkelen tar utgangspunkt i T-skjorter med «Jeg er sjefen» som ble delt ut til lærere i Oslo-skolen for et par år siden. Lærere selv protesterte og argumenterte den gang med at dette var rein latterliggjøring av lærernes autoritet fordi det er bare de som mangler autoritet som må ha påstander om det motsatte smurt utover hele brystkassen!

Det var Høyrebyråd Torger Ødegaard som syntes de T-skjortene var en god idé og delte dem ut til sine lærere i Oslo. Det var ikke Bård Vegar Solhjell. En svært pinlig feil, og VGs kommentator bør komme med en uforbeholden unnskyldning for å unngå nedsatt oppførselskarakter.

Feil nr. 2:

Hele utgangspunktet for kommentaren er feil. Jeg har bedt Ut-danningsdirektoratet sende på høring en endring i Vurderingsforskriften. Det er fordi jeg har fått mange reaksjoner fra rektorer, lærere og elever om at enkelte elever spekulerte i fravær – blant annet under prøver – fordi lærerne uansett hadde ansvaret for å tilrettelegge for at de skulle få standpunkt karakterer. Endringen understreker og forsterker elevenes ansvar for å delta i undervisningen for at de skal bli vurdert. Dette er altså en innstramming i elevenes plikter – det motsatte av artikkelens utgangspunkt. Høringsfristen går ut 23. juni. Jeg regner med bred støtte til forslaget.

SKOLE



Kristin Halvorsen, kunnskapsminister

Feil nr. 3:

En annen viktig endring utelates helt i artikkelen. Fraværreglene er generelt strammet inn. Det er nært sammenheng mellom høyt fravær i ungdomsskolen og på videregående – og høyt fravall. Derfor har det vært nødvendig – selv om elevene ikke er like begeistret.

Både endringene av elevenes plikter til å bli vurdert og innstrammingene i fraværreglene er gjort fordi jeg nettopp har hørt på rektorer, lærere og elever. I forbindelse med ungdomstrinnsmeldingen har jeg hatt direkte kontakt med 3000 elever, lærere, foreldre og forskere – og organisasjoner – for nettopp å treffe med de forslagene vi legger fram. God ledelse – ikke minst god klasseledelse – er en viktig forutsetning for gjennomføringen av denne meldingen. Faglig dyktige lærere som også er tydelige ledere er en avgjørende suksess-

DEBATTEN



- VGs kommentator Åshild Mathisen skrev i går om de nye vurderingskriteriene for videregående opplæring.
- Hun mente lærerne har mistet makten i skolen og at den er overtatt av skolebyråkrater og elevene.

faktor i skolen. Derfor skal vi sørge for at alle lærere på ungdomstrinnet får mulighet til å bli bedre i nettopp det.

Åshild Mathisen har to lektorer som kilder for sin skivebom. Det er et kildegrunnlag som aldri ville blitt godtdatt for en besvarelse i norsk skole. Når oppgaven også

først og fremst er bygget på direkte feil står den til stryk. Det er synd at VGs kommentator ikke holder seg bedre oppdatert om hvor bred enighet det er i norsk skole om å styrke lærerens autoritet og ledelse i klasserommet og hvor mange det er som jobber systematisk for nettopp dette – i samarbeid med meg!

-Erna vil skjerpe pasientsikkerheten etter VG-reportasjer



Av MAY LINN GJERDING

Høyre-topper foreslår en omfattende tiltaksplan for å øke pasientsikkerheten ved norske sykehus.

Partileder Erna Solberg, Bent Høie og Sonja Irene Sjøli la i går frem representantforslag om bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten.

- Pårørendes engasjement og alle de som har stått frem, spesielt i VG, har igjen aktualisert saken for oss, sier leder Bent Høie for Stortingets Helse- og omsorgskomiteé.

- Alle dem som har tatt belastningen med å stå

frem, og fortelle om sine personlige historier i VG fortjener nå å se at politikerne tar dette på alvor og at det fører til forandring. Jeg er overbevist om at det kommer til å skje endringer, selv om vi synes det har tatt for lang tid, sier Høie.

Høyres forslag

● I oppdragsdokumentene og styringsdialogen med

helseforetakene skal det legges like stor vekt på konkrete målsettinger om pasientsikkerhet, som på økonomi.

● Kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø skal være faste tema i foretaks-møter og på styremøter i helseforetakene.

● Stortinget ber regjeringen om å etablere et bedre nasjonalt kvalitetssystem gjennom en rekke tiltak.



BARE SYV IGJEN: Bjørnene Tor og Odin i Bjørneparken i Flå ble skutt i helgen etter at de gravde seg under gjerdet og drepte tre geiter og to sauer i dyreparken. Dyrene gikk side om side med solid gjerde mellom seg, men for de unge bjørnene ble fristelsen for stor, skriver Hallingdølen. Det er nå syv bjørner tilbake i parken. Foto: BJØRNEPARKEN

Knalltilbud på Toyota Yaris S-Edition



PrivatLeie fra **1 776,-***
pr mnd inkl mva og met.lakk.

Nå også inkludert S-Edition pakke:

- Aluminiumsfelger
- Perforert skinnratt
- Tåkelys foran
- Vinterdekk på aluminiumsfelger
- Bluetooth

3 år/50 000 km fri service

Verdi kr 28 000,-

Begrenset antall.

Yaris S-Edition fra 215 900,- Veil. pris lev. Oslo inkl frakt-lev. og reg.omk. 8 900,-. Årsavgift kommer i tillegg. **Tillegg for tingl./etabl.gebyr 3 738,- Gjelder modell: Yaris S-Edition 5-dørs 1.0 VVT-i. Startleie: 30 000,- Total leiekostnad: 93 936,- Periode/kjørelengde: 36 mnd/45 000 km. Nom. rente 3,95% Forbruk blandet kjøring, utslipp CO2 og NOx: Yaris 1.4 D-4D: fra 0,42 l/mil, fra 110 g/km, fra 0,17 g/km. Yaris 1.0 VVT-i: fra 0,50 l/mil, fra 118 g/km, fra 0,02 g/km. Avbildet modell kan ha ekstrautstyr. Med forbehold om trykkfeil.

Garantert kvalitet



Toyota Oslo AS

www.toyota-oslo.no

Økern:
Toyota Oslo AS
Kabelgata 6
Tlf. 22 70 02 00

Oppsal:
Toyota Oslo AS
Østmarkveien 25
Tlf. 23 12 60 00

Skøyen:
Toyota Oslo AS
Drammensveien 161
Tlf. 22 51 01 00

ØDELAGT I HELSE- VESENET



VG 30. mai



VG 30. mai



VG 30. mai



VG 1. juni



VG 2. juni



VG 3. juni



VG 18. juni



VG 20. juni

INFO NPE-ERSTATNING

- De siste fem årene har 4483 pasienter og pårørende fått erstatning fra NPE etter pasientskader oppstått i spesialisthelsetjenesten (de regionale helseforetakene).
- Saker fra de regionale helseforetakene står for 75 prosent av saksmengden i NPE.
- 5000 nordmenn jobber nå for å få erstatning av Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

INFO NPE-MEDHOLD

Årsaker til at pasienter fikk medhold i NPE i 2009:

- Svikt ved behandling: 54 prosent.
- Svikt ved diagnostisering/undersøkelse: 26 prosent.
- Smitte eller infeksjon: 14 prosent.
- Rimelighetsregelen: 3 prosent.
- Annet: 3 prosent.

Kilde: NPE

FAKTA HJORT

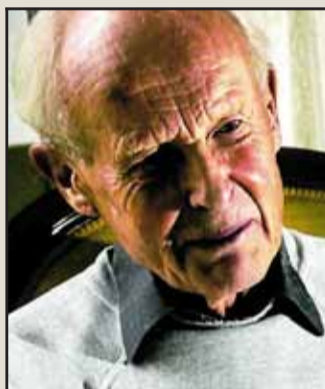


Foto: FRODE HANSEN

- I 2007 ga lege og forfatter Peter F. Hjort (bildet) ut boken «Uheldige hendelser i helsevesenet».
- Hjort var med på å etablere medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø (UiT). Han ble universitetets første rektor.
- Han har ledet helsetjenesteforskningen ved Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, og har vært leder ved Folkehelseinstituttet.
- Hjort fikk en rekke utmerkelser, blant annet: St. Olavs Orden, kommandør 1974, Æresdoktor ved UiT, Karl Evangs pris, Nordiska Folkhälsopriset og Offentlige legers landsforenings hedersbevis.



MISTET BEINA: Gunnar Clausen sier han ikke forventer å bli båret rundt på gullstol etter skaden, men at øynene og fått en beklagelse.

UNØDVENDIGE PERSONSKADER PRISEN: 2

MAY LINN GJERDING,
MONA GRIVI NORMAN og
TROND SOLBERG (foto)

De siste fem årene har Staten utbetalt to milliarder kroner for pasientskader som kunne ha vært unngått.

Det viser nytt anslag gjort av Norsk Pasientskadeerstat-

ning (NPE) og den norske legelegenden Peter F. Hjort.

- Over 80 prosent av de avgjorte sakene skyldes unødig svikt.

- Det har påført pasienter store lidelser og har medført til 2 milliarder kroner i erstatningsutbetalinger for sykehusskader, som kunne ha vært unngått. Det er tankevekkende, sier assisterende direktør Rolf Gunnar Jørstad i NPE.

Tallene blir presentert i Hjorts siste bok «Uheldige

hendelser i helsetjenesten – Pasientfortellinger».

«Uheldige hendelser er et stort problem som skaper lidelse, fortvilelse og store utgifter. Likevel er det ofte skjult, både for pasienter, pårørende, personell og politikere», konkluderer Hjort i boken som snart publiseres.

15000 artikler

Professoren rakk å fullføre boken, som gis ut i samarbeid med NPE og Legeforeningen, før han døde i år.

Fra før har Hjort gjennomgått 15 000 internasjonale artikler om uheldige hendelser i helsevesenet. Det siste han gjorde, var å granske hvilke feil som kunne vært unngått i erstatningssaker i NPEs arkiv.

De siste fem årene har 4483 nordmenn fått erstatning fra NPE etter pasientskader ved norske sykehus, viser en ny rapport fra Norsk Pasientskadeerstatning.

I samme periode er det utbetalt 2,76 milliarder kroner i

HAN MÅTTE AMPUTERE TRE GANGER

ABILDSØ (VG) Sykehusdirektører bør bruke en formiddag i uken til å beklage til de feilbehandlede, mener Gunnar Clausen (79).

Clausen hadde nylig fått Kongens fortjenestemedalje etter 50 år i jobb, han gikk av med pensjon og skulle nyte tilværelsen med reiser til slekt og venner utenlands.

Men først skulle han bytte en sliten hofteprotese i 2000:

– Alt gikk galt. Først sprakk lårbeinet, og under reoperasjonen ble spinalbedøvelsen satt feil og jeg ble lam fra livet og ned på venstreside, forteller Gunnar Clausen.

– Smertehelvete

Sår fra beinskinne, beinbrudd og bakterier førte til at 79-åringen måtte amputere venstre bein fra kneet og ned på Ullevål.

– Selv om såret ble stelt og jeg tok medisiner, var ikke bakteriene borte og de måtte ta resten av beinet over hoften og det høyre fra over kneet, forteller Clausen.

Han viser frem bandasjene på den ene korte beinstumpen han fortsatt har igjen.

– Det er et smertehelvete, unnskyld språket. Jeg er nødt til å leve med dette resten av livet. Du kan si at jeg var en gammel mann da jeg ble skadet, men jeg var en frisk gammel mann med et godt liv.

Gunnar Clausen fikk pasientskadeerstatning på 400 000 i 2006 etter de massive skadene, og NPE konkluderte med at skadene ikke lå innenfor en akseptabel risiko.

Lovisenberg Diagonale Sykehus beklager:

– Sykehuset ønsker å uttrykke sterk beklagelse over den tragiske situasjonen som har oppstått for pasienten, sier sjeflege og viseadministrerende direktør Bjørn Holm.

– Det var flere uheldige omstendigheter som førte til dette. Det er en forhøyet risiko for at beinet kan sprekke når en gammel protese skal skiftes ut. Dette var en reoperasjon der en 20 år gammel hofteprotese skulle erstattes med en ny. Det er spesielt beklagelig at bedøvelsen til den neste reoperasjonen førte til lammelser i beinet.

Sykehuset legger til at amputasjonene ved Ullevål skjedde to år senere, etter et benbrudd.

Vil beklage feil

Gunnar Clausen etterlyser personlige møter etter alvorlige pasientskader.

Informasjonsavdelingen ved Lovisenberg svarer at sykehuset generelt ønsker å beklage når feil oppstår, eller behandlingen mislykkes.

Hvem som frembringer beklagelsen vil variere ut fra hva som er naturlig i den enkelte situasjonen.

– PASIENTSIKKERHET ET SATSINGSOMRÅDE

– Vi er veldig opptatt av pasientsikkerhet, som er et av våre satsingsområder, sier avtroppende president Torunn Janbu ved Den norske legeforening. Hun kjente personlig Peter

F. Hjort, og reagerer slik på hans hovedfunn:

– For å få til økt pasientsikkerhet, må det tilrettelegges på systemnivå og organisering av helsetjenesten. Det må settes av tid og ressurser,

også på avdelingsnivå. Vi må skape gode meldekulturer og lære av feil, men også av det som går bra.

Janbu er enig med Hjort i at Norge har ligget etter i arbeidet med dette.

det hadde gjort godt å bli tatt i hånden av en i sykehusledelsen, sett inn i

PÅ SYKEHUS:

MILLIARDER

erstatninger for skader som ble påført innenfor regionale helseforetak. I den nye boken anslår Hjort, i samarbeid med NPE, at mer enn ¾ av utbetalingene skyldes skader som kunne vært forebygget og unngått.

–Beundringsverdig

Samfunnets totaltkostnader for unødvendige pasientskader inkluderer flere forhold, og overstiger langt de 2 milliardene NPE viser til:

– Det dreier seg om utvidede behandlingstkostnader, redusert livskvalitet og samfunnsøkonomiske kostnader når personer går fra arbeidsliv til trygd, sier Sverre Greppe-rud, professor i helseøkonomi ved Universitetet i Oslo.

Han viser til en amerikansk undersøkelse publisert i mai, som har sett på totaltkostnader ved

medisinske feil. I USA er det regnet kostnader på 95 milliarder i året.

– Internasjonal forskning regner kostnader ved feilbehandling til rundt 5 prosent

av det totale helsebudsjettet, sier Grepperud.

I Norge ville det tilsvare 5,53 milliarder kroner i samfunnsøkonomiske kostnader for feil hvert år.

Tidligere har Hjort utført et anslag for helsemyndighetene, og gitt

ut en bok som viser at over 2000 dør av feilbehandling og svikt hvert år her til lands.

Kona til den anerkjente legen ble helt pleietrengende etter en uheldig hendelse under operasjon.

Det ble utgangspunktet for Hjorts ti år lange, faglige engasjement for pasientsikkerhet.

– NPE synes det er beundringsverdig at Hjort brukte sine siste krefter på å fullføre denne boken, sier Jørstad i NPE.

TIPS OSS

Er du blitt utsatt for feil eller svikt i helsevesenet? Send innspill på mail:



arild.
myhre@vg.no

may.linn.
gjerding@vg.no

mona.
norman@vg.no

anders.
framstad@vg.no



ÉN AV MANGE: Olve Østebø mistet øyet, etter at legene overså kreften. Nå kjemper han for erstatning fra staten, men må betale egen sakføring fordi skaden ikke er større. Foto: HUGO BERGSAKER

I av 4 frykter sykehussskade

FAKTA OM UNDERSØKELSEN

● 23 % vurderer det som «veldig sannsynlig/ganske sannsynlig» at man kan bli skadet under sykehusbehandling.

● Folk frykter mest feil/forsinket diagnose (50 %), og sykehusinfeksjoner (43 %).

● Undersøkelsen er utført av TNS Gallup på oppdrag av Forbrukerrådet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester.

Av LINE MIDTSJØ
Forbrukerrådet er overrasket over at så mange som 23 prosent mener det er «veldig eller ganske sannsynlig» å bli skadet under behandling på sykehus i Norge.

– Selv om det ikke er til å unngå at uhell skjer, er dette altfor store tall, sier Forbrukerrådets fagdirektør for offentlige tjenester, Terje Kili.

Fire av ti har enten personlig erfaring med skadelige hendelser i kontakt med helsetjenesten, eller har medlemmer i

familien som har opplevd dette.

Det viser en undersøkelse som Forbrukerrådet sammen med TNS Gallup og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester står bak.

– Dermed er det et visst samsvar mellom folks erfaringer og frykt, poengterer Kili.

– Må informere

Og det er ingen tvil om hvor ansvaret for både mistillit og helsetabber hører hjemme, mener Forbrukerrådet.

– Det er helseministeren og regjeringen som har ansvaret. Jeg synes statsråden har gjort mye bra i det siste, med blant annet en ny helseportal. Men dette skulle ha startet for ti år siden. Minst, sier Terje Kili.

Problemet er at mange ikke

Nordmenn om helsevesenet i stor undersøkelse

vet hvor de skal henvende seg for å klage.

En tredjedel av dem som opplevde å bli skadet i forbindelse med behandling meldte fra til helsevesenet om dette. Andelen er signifikant lavere blant personer over 60 år. De fleste som har klaget har henvendt seg til «vanlig» helsepersonell, kommer det frem av undersøkelsen.

Dette bekrefter også Forbrukerrådet, som mener det handler om å skape en åpenhetskultur.

– Helsevesenet må informere

pasientene når de kommer inn, sier Terje Kili.

– I en undersøkelse i Medisinsk tidsskrift kom det blant annet frem at helsepersonell ved enkelte anledninger ikke opplyser pasienten om hvor de skal henvende seg etter en ulykke, til tross for at de er pålagt dette, fortsetter han.

Åpenhet avgjørende

Statssekretær Robin Kåss i helsedepartementet jobber for helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen. Han mener debatten i for mange tiår har vært preget av budsjett og bygninger.

– Det første vi tok tak i etter forrige regjering var å hjelpe sykehusene ut av store underskudd. Dagens helseminister satte med sin tiltakspakke i september i fjor et enda

tydeligere kvalitetsfokus, sier Robin Kåss.

Formålet med undersøkelsen er å kartlegge befolkningens forhold til den norske helsetjenesten og pasientsikkerhet.

– Vi vet det har vært for mange alvorlige feil, og det er derfor denne undersøkelsen var viktig å gjennomføre som et ledd i regjeringens pasientsikkerhetskampanje. Vi tror at åpenhet er helt avgjørende for å øke tilliten til norsk helsevesen. Selv om de aller fleste får bra behandling, så har det vært viktig for oss å få frem at det skjer for mange feil, sier han.

PS! Danske og svenske forbrukere er langt mer negative til helsebehandlingen de får enn de norske. Hele 63 prosent av de danske og 36 prosent av de svenske deltagere frykter skader i møtet med helsevesenet, viser en tilsvarende undersøkelse i EU.

DETTE ER RESULTATET AV PASIENTSKADER PÅ SYKEHUS I FJØR:

- 4500

Av INGUNN SALTBONES, MAY LINN GJERDING,
BODIL SUNDBYE og JØRGEN BRAASTAD (foto)

Halvparten av de rundt 4500 dødsfallene som skyldtes skader på sykehus i fjor, kunne vært unngått.

Det fremgår av en foreløpig rapport som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet for myndighetene. For første gang er omfanget av pasientskader som skjer på norske sykehus kartlagt. Det er gjort ved å granske journaler – og funnene er rystende:

Cirka 0,6 prosent

Ifjor døde om lag 4500 pasienter i Norge som følge av skade som oppsto på norske sykehus, ifølge den ferske rapporten. Det utgjør rundt 0,6 prosent av alle pasienter.

Sykehusskadene gjelder alt fra uventede komplikasjoner, sykehusinfeksjoner, teknisk utstyr som svikter, feil bruk av legemidler, svikt i rutiner og dårlig hygiene ved sykehuset.

– Trolig kunne halvparten av dødsfallene vært unngått med bedre rutiner, bedre hygiene, og høyere prioritering av pasientsikkerhet, sier Ellen Tvetter Deilkås, overlege og seniorrådgiver ved Kunnskapssenteret.

Det tilsvarer over 2000 dødsfall i fjor.

– Den andre halvparten er rett og slett generell risiko for komplikasjoner når man blir syk, sier Deilkås.

Nå akter helseministeren å få ned det høye antallet.

Lidelse og død

– Dette er alvorlig, og viser at vi må bli bedre. Tallene viser at selv små forbedringer vil gi enorme utslag i redusert lidelse og død, sier helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Totalt døde 41 499 nordmenn i fjor, ifølge Statistisk sentralbyrå. Dermed dør over 10 prosent av dem som følge av en sykehusskade, ifølge helsemyndighetene.

Nasjonalt kunnskapssenter for

FAKTA METODEN

● Alle landets helseforetak har fått i oppdrag å undersøke et tilfeldig utvalg journaler fra 2010, og gå gjennom disse ved hjelp av verktøyet Global Trigger Tool.

● Hvert helseforetak plukker ut 10 journaler cirka hver 14. dag, og sammenlagt over tid gir dette et bilde av hvor hyppig det oppstår skader.

● Team på sykehusene har blitt trent opp av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, til å fange opp pasientskader på bakgrunn av journalen. Per i dag er 5260 journaler undersøkt.

● Gjennomgangen av journalen avdekker om pasienten har fått skader på sykehuset som fører til nye tiltak. Det kan være alt fra å måtte skifte gipsen som følge av gnagsår, til alvorlige komplikasjoner som må behandles og som i verste fall fører til død.

helsetjenesten har ansvaret for undersøkelsen.

Tallet er en foreløpig beregning etter at 11 av totalt 19 helseforetak har levert sine resultater som en del av pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender».

– Vi mener de foreløpige tallene er representative for hvilket nivå pasientskadene ligger på, sier overlege Deilkås ved Kunnskapssenteret.

100 000 pasienter

De foreløpige tallene viser at totalt 100 000 pasienter, av totalt 866 000 innleggelser, ble skadet på norske sykehus i fjor. Det er i snitt 14,5 prosent av pasientoppholdene.

Hittil har norske myndigheter forhold seg til et anslag på ti prosent skadede ved norske sykehus. Denne beregningen ble utført av legenestor Peter F. Hjort.

I de nye beregningene er tatt med alt fra småting som gnagsår under gipsen til svært alvorlige skader. Om lag halvparten av skadene er av en slik grad at det enten førte til forlenget sykehusopphold, varige mén eller død.

– Jeg tviler ikke et sekund på at dette er riktige tall. Og tallene det refereres til gjelder bare på sykehusene. I tillegg kommer antallet pasientskader som oppstår ved sykehjem og kommunehelsetjenesten, sier pasientombud Knut Fredrik Thorne i Akershus, som har mange års fartstid som jurist i Helsetilsynet.

Strøm-Erichsen mener at til tross for de høye tallene, har Norge et av verdens beste helsevesen, og at tallene er som forventet ut fra internasjonale tall.

– Men dette viser at det har vært riktig å sette i gang en rekke tiltak for å bedre pasientsikkerheten ved sykehusene, sier helseministeren.

Hovedformålet med kartleggingen har vært å få kunnskap om skadene som skjer, for så å kunne lære av dem – slik at de kan unngås.

VG har avslørt

VG har både i form av enkelthistorier og serier satt søkelyset på feil som koster mennesker livet når de blir langt inn på sykehus. Blant annet historien til Benjamin Lie (22) som bare brakk benet, men døde som følge av feil begått av sykehuset.

– Sakene ikke minst VG har fått frem i lyset har gjort dypt inntrykk på meg. Det har vært tydelig for meg at vi ikke bare må se på enkeltpersoner som gjør feil, men gjøre noe med strukturene under, sier helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

E-post: ingunn.saltbones@vg.no
may.linn.gjerdning@vg.no
bodil.sundbye@vg.no



” TALLENE VISER AT SELV
SMÅ FORBEDRINGER
VIL GI ENORME UTSLAG
I REDUSERT LIDELSE OG DØD

Helseminister, Anne-Grete Strøm-Erichsen

ØDELAGT
I HELSE-
VESENET

I en serie artikler har VG kartlagt historien til mennesker som har fått livet ødelagt av det norske helsevesenet.

Les mer om disse historiene på **VG** og **VG TV**



VG
18. mars 2010



VG
9. april 2010

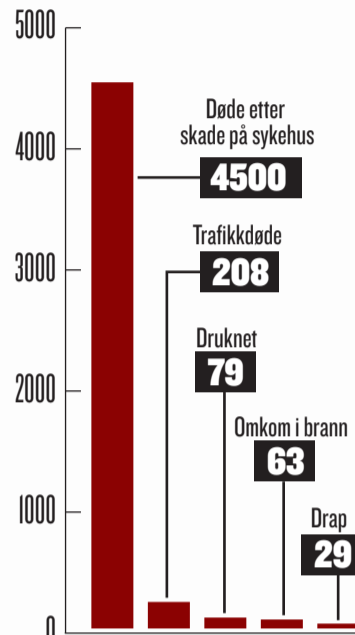
DØDSFALL



NYOPERERT:

Ivar Kjøll (64) kan ikke få fullrost personalet på Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo. Han er strålende fornøyd etter å ha fått byttet hofteledd for en knapp uke siden. – Jeg har følt meg helt trygg, forteller han helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

DØDSÅRSAK 2010



Kilder: Kunnskapsenteret/HOD, SSB, Norsk Folkehjelp, DSB og Kripes.

ANTALL PASIENT-OPPHOLD MED PERSONSKADE

Helse Bergen	12 %
Stavanger Universitetssykehus	21 %
Nordlandssykehuset	20 %
Sykehuset Østfold	32 %
Oslo universitetssykehus	10 %

NB: Dette er ikke en komplett liste. Det er ikke alle helseforetakene som har levert inn sine resultater ennå. Kilder: Ellen Tveter Dilkås, overlege og seniorrådgiver ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

- DRØMMEOPPHOLD

Ivar Kjøll (64) fryktet aldri at han skulle pådra seg nye skader som følge av hofteoperasjonen på Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo.

– Det har vært en fantastisk opplevelse helt fra hvordan jeg ble møtt på mottaket, til nå. Nærmere himmelen enn det jeg kom da jeg våknet opp etter operasjonen kommer man ikke i levende live, sier han fornøyd.

Kjøll roser også den hyggelige tonen mellom de ansatte på sykehuset, og mener det er en grunn til at pasientene også trives. Han må nå bruke krykker en periode, men han regner med å være tilbake i jobb bare to uker etter operasjonen.



DE DØDELIGE

Av MAY LINN GJERDING, INGUNN SALTBOES, BODIL SUNDBYE og JØRGEN BRAASTAD (foto)

Flere av feilene som fører til unødvendige dødsfall på norske sykehus, gjøres igjen.

Tilsynsmyndigheten vil at det iverksettes tiltak for å få ned det store antallet skader som skjer på sykehusene.

- Vi har vært klar over at det er mørketall. Det er bra at det er foretatt en slik gjennomgang og at dette knyttes til et systematisk arbeid med pasientsikkerhet, sier avdelingsdirektør Gorm Grammeltvedt i Statens helseilsyn.

- Fokus på budsjett

Pasientombud Knut Fredrik Thorne i Akershus mener at helseforetakene har vært mer fokusert på å holde budsjettene, enn å lære av feil som blir gjort.

- Det er så fortvilende å se at de samme feilene gjøres fra Lindesnes til Nordkapp. Det som har gått galt i Østfold, har man for eksempel ikke lært av i Finnmark, sier Thorne.

Helsetilsynet får melding om de alvorligste tabbene og uhell ved norske sykehus. Ifølge fylkeslege Petter Schou i Oslo og Akershus er mange av problemene gjengangere.

- Det er mange feilmedisineringer, komplikasjoner under operasjoner, feil faglig vurdering, dårlige prosedyrer og manglende organisatorisk tilrettelegging. Det aller vanligste er at de ikke har fulgt prosedyrene, sier han.

- Kan forebygges

Schou understreker at det alltid vil skje ting man ikke har forutsett på et sykehus - men at feilvurderinger og avvik fra prosedyrer er faktorer som kan forebygges.

- Vi har nesten ingen saker hvor helsepersonell ikke prøver å gjøre en god jobb. Men vi har mange tilsynssaker hvor feil skyldes systemsvikt, for tett program og for hard arbeidsbelastning, sier Schou.

Barnelege Tonje Hansen ved Nordlandssykehuset er en av dem som har gått gjennom journalene til kartleggingen. Ifølge Hansen er det tre ting som går igjen:

■ INFEKSJONER

Sykehusrelaterte infeksjoner er den klart største gruppen skader. For sva-

ke pasienter kan en infeksjon bli alvorlig.

- Den viktigste måten å forebygge det på er god håndhygiene. Vi har derfor hatt en stor kampanje for håndvask, å ikke bruke smykker og klokker på jobb, og å skifte til rent tøy hver dag, sier Hansen.

Sykehusinfeksjon er en av de hyppigste årsakene til dødsfall i befolkningen totalt sett. Ifølge Folkehelseinstituttet rammes én av 17 sykehuspasienter.

■ LEGEMIDLER:

En del pasienter får feil legemiddel eller feil dose, eller bivirkninger av medikamenter.

■ KIRURGI:

Kirurgi er forbundet med mye høyere risiko enn annen behandling. Et eksempel er at man kan skade pasienter under inngrep slik at det må foretas en ny operasjon.

- Allfor høye dødstall

Hendelser knyttet til legemiddelfeil, fall og fødsler, utgjør en stor andel av hendelsene med betydelig personskade som rapporteres til helsetilsynet.

Lederen av Yngre legers forening, Johan Torgersen, reagerer på skadeomfanget i myndighetenes rapport.

- 2250 unødvendige dødsfall er voldsomt. Det er vondt å forholde seg til alle skjebnene som ligger bak det tallet, sier lederen av Yngre legers forening, Johan Torgersen.

Torgersen påpeker at myndighetene, sammen med fagmiljøene, må finne konkrete løsninger for hvordan sykehusene kan forberede kvaliteten.

Knut Fredrik Thorne reagerer på at 4500 dør etter skade på sykehus.

- Tallet er selvfølgelig altfor høyt. Det er helt uholdbart. Vi som er pasientombud i Norge, ser bare toppen av et isfjell.

E-post: may.linn.gjerdning@vg.no
ingunn.saltbones@vg.no
bodil.sundbye@vg.no

«FLINKEST»: Nestleder Øyvind Skraastad på Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus (OUS) følger her med på en hjerteoperasjon. OUS har det laveste antallet pasientopphold med personskade som er kartlagt så langt.



VG 31. mai 2011



VG 1. juni 2011



VG 2. juni 2011

GE FEILENE



– FLERE FEIL UTEN TEAM

Narkoselege Øyvind Skraastad mener at leger som ikke har et team rundt seg, har større risiko for å gjøre feil.

I Kunnskapssenterets foreløpige rapport, har Oslo universitetssykehus lavest antall pasientopphold med personskaide: Ti prosent.

– Det viktigste for oss er trygghetsfaktoren til pasienten, sier nestleder for Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus (OUS), Øyvind Skraastad.

– Alle vi som jobber i dette systemet kan dra frem et visst antall hendelser som har fått konsekvenser for pasienten, sier han.

– Hva er den verste typen feil en lege kan gjøre, synes du?

– Feilene med størst fallhøyde, er dem som skyldes menneskelig vurderingssvikt. Det kan være at du ikke tror at pasienten er så syk som vedkommende er. Det kan også skje at du feiltolker situasjonen og blir bundet opp av din første vurdering.

Kan forebygges

– Hvem er mest utsatt for å gjøre feil?

– Jeg tror at man er mest sårbar når man er alene, og når man er ung eller uerfaren, sier Skraastad.

– Hvordan forebygges feilvurderinger?

– Noe forebygges med erfaring. Det er også veldig viktig at man skjønner på tvers av legemiljøer at en doktor som er alene ute på oppdrag, er i en mye mer sårbar vurderingssituasjon enn en doktor som jobber i et stort fellesskap på et sykehus.

Øyvind Skraastad tror at kvalitetskulturen varierer fra sykehus til sykehus. Ved OUS mener han at avvikssystemene fungerer bra.

– IKKE NOE BILVERKSTED

– Helsevesenet kan ikke løse alt. Vi er ikke noe bilverksted, sier kommunikasjonssjef Anne Grethe Erlandsen ved Sykehuset Østfold.

– Det er knyttet risiko til å være innlagt på sykehus, være syk og ha dårlig helse, sier kommunikasjonssjef Anne Grethe Erlandsen ved Sykehuset Østfold.

Sykehuset Østfold har gått systematisk til verks for å avdekke omfanget av pasientskader. For å finne pasientskader har sykehuset gransket 200 journaler fra fjoråret.

Tre skader var så alvorlige at pasientene døde. Men de vanligste skadene var liggesår, luftveisinfeksjoner og skader relatert til legemidler.

Erlandsen påpeker at det ikke nødvendigvis er leger som er skyldige i feilene.

– At det blir lagt inn kateter i urinblæren, som igjen gir urinveisinfeksjon, er ikke en skade som pasienten blir påført av legen, sier Erlandsen.

” FEILENE MED STØRST FALLHØYDE, ER DEM SOM SKYLDDES MENNESKELIG VURDERINGSSVIKT.

Nestleder for Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus, **Øyvind Skraastad**



VG
3. juni 2011



VG
4. juni 2011



VG
7. juni 2011



VG
18. juni 2011

● Skadet for tre milliarder ● Helseregionene tar giga

Disse sykehuse

Av MAY LINN GJERDING, DAN KÅRE ENGBRETSSEN, ØYSTEIN LARSEN-VONSTETT, JOHN BONES og GRETE RUUD

Akershus universitetssykehus HF er «skadeverster» i Sykehus-Norge: De skadet pasienter for 186 millioner kroner på fem år.

Det viser erstatningsutbetalingene i en rapport fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) som VG har fått inn-syn i:

For første gang kan du nå sjekke hvilke helseforetak som skader for mest penger.

Tallene viser hvor mye skade hvert enkelt foretak har forvoldt i kroner – per pasient de behandler. VGs beregning er gjort ved å samkjøre pasientantallet ved helseforetakene med erstatningsutbetalingene.

Mens helseregionene de siste årene har slitt med sykehusøkonomien, har de også dekket den rekordstore «tabberegningen» fra 2006-2010:

Da utbetalte de nær 2,8 milliarder kroner i pasientskadeerstatninger, ifølge NPE.

Staten har også prognoser på hvor mye sykehusene vil forvalde av skade i inneværende år. I vår måtte helseregionene derfor forhåndsbetale svimlende 756 millioner kroner, for skader de kommer til å påføre pasientene i løpet av 2011.

– Dette dreier seg om store summer for samfunnet, som gjør at det er viktig at det jobbes med tiltak som kan gi besparelser for samfunnet og redusere lidelser for dem som blir utsatt for feilbehandling, sier assisterende direktør Rolf Gunnar Jørstad i Norsk Pasientskadeerstatning.

Utbetalte 8,3 mill.

Bak de enorme erstatningstallene ligger en mengde tabbesaker hvor pasienter ble påført alvorlig skade i forbindelse med sykehusbehandling. En fødselsskadesak ga høyest utbetaling i fjor på 8,3 millioner kroner, mens den laveste erstatningssummen var 5000 kroner.

■ Akershus universitetssykehus HF forvoldte mest i skadeutbetaling per pasient av helseforetakene 2006-2010: På fem år skadet de pasienter for over 186 millioner kroner. Dermed skadet de for nesten dobbelt så mye per pasient som Sykehuset Vestfold, til tross for lignende antall pasienter.

– Akershus universitetssykehus vil gå nøye gjennom det tallmaterialet som nå er fremlagt. Det vi allerede vet er at vi har hatt noen saker med svært store utbetalinger som vil påvirke gjennomsnittstallet for sykehuset, sier kvalitetsdirektør Anne Wenche Lindboe ved Akershus universitetssykehus.

Erstatningsadvokat Christian Lundin påpeker at det kan være mange grunner til at

Akershus universitetssykehus HF har et høyt erstatningsnivå.

– Oppsiktsvekkende

– Det kan være stor gjennomtrekk av leger, områder hvor de ikke har god nok kvalitet og vanskelig bemanningssituasjonen med lange vakter for leger. Men det er oppsiktsvekkende når et sykehus ligger så mye over snittet og de andre store sykehusaktørene, sier Lundin.

■ Helse Sør-Øst betalte svimlende 446 millioner i pasientskadeerstatning etter skader forvoldt av Oslo universitetssykehus HF i 2006-2010. Men med flere av de mest kompliserte inngrepene i landet, ligger de langt under skadenivået på Akershus universitetssykehus HF.

■ Av helseregionene utbetalte Helse Nord mest erstatning per pasient. På fem år ble det forvoldt skade for nær 397 millioner kroner i denne helseregionen.

– Vi vil se om vi kan trekke noe lærdom ut av oppsummeringen. Det er et mål å være så god at det blir minst mulig erstatningssaker, men viktig at folk får erstatning når noe galt har skjedd, sier kommunikasjonsdirektør Kristian Iversen Fanghol ved Helse Nord.

Advokat Christian Lundin fremholder at det skal mye til for at pasienter får erstatning etter å ha blitt påført skade.

– Disse beløpene forteller at det skjer omfattende svikt, og tallene i seg selv er oppsiktsvekkende høye, sier Lundin.

De samme legene

Ekspert i erstatningsrett, advokat Thorsteinn Skansbo, mener at det er en svakhet i systemet at det ikke er noen rapporteringsplikt fra NPE til Helsetilsynet i saker.

– Hvis det er noen mindre sykehus som har høy operasjonell rate, kan tyde på mange av de samme legene som utgjør risikoen for pasienten. Da blir det et spørsmål om Helsetilsynet bør gå inn å granske disse forholdene, sett i sammenheng, sier Skansbo.

Assisterende direktør Rolf Gunnar Jørstad forklarer at NPE har begrenset kompetanse til å fortolke disse tallopplysningene.

PS! To av tre saker som fremmes for Norsk pasientskadeerstatning får avslag.

E-post: may.linn.gjerdning@vg.no
danke@vg.no
oystein.larsen-vonstett@vg.no
john.bones@vg.no

Helseforetak



Akershus universitetssykehus HF



Vestre Viken HF



Universitetssykehuset i Nord-Norge HF



Helse Bergen HF



Helse Stavanger HF



Sykehuset Østfold HF



Oslo universitetssykehus HF



Sørlandet Sykehus HF



Sykehuset i Vestfold HF



Sykehuset Innlandet HF



St. Olavs Hospital HF

Kvinner får minst

Den gjennomsnittlige utbetalingen for menn var 213 512 kroner høyere, enn for kvinner i fjor.

NPE har i løpet av perioden 2006-2010 fattet vedtak om medhold i 4500 saker tilknyttet de regionale helseforetakene.

Menn fikk i snitt 899 489 kroner i pasientskadeerstatning i fjor, mens kvinner fikk 672 122 kroner. Forklaringen på det er at en mann i fullt arbeid i snitt tjener mer, og vil lide et større økonomisk tap enn en kvinne.

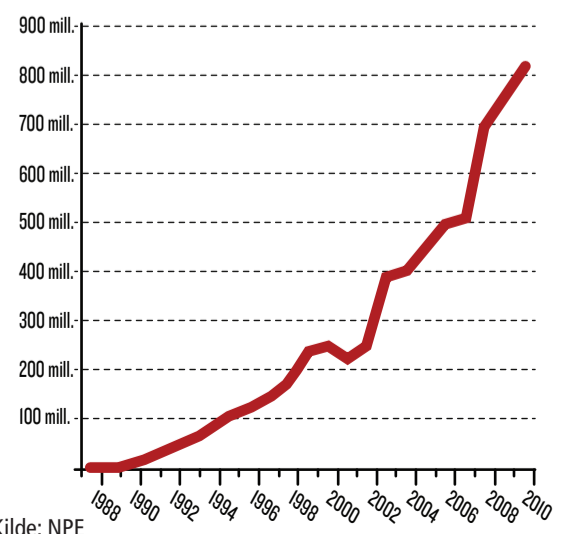
Dette gir erstatning

For at du skal få erstatning etter en pasientskade, må fire vilkår være oppfylt.

1. Skaden må skyldes behandlingen
2. Skaden må skyldes svikt i behandlingen
3. Skaden må ha ført til et økonomisk tap
4. Skaden må ikke være for gammel

Kilde: NPE

Erstatningsutviklingen 1988-2010



antregningene

● Skadede menn får mest i erstatning

De skader mest

	Antall pasienter 2006-2010	Erstatning utbetalt 2006-2010	Erstatning pr. pasient
	1 160 091	186 267 917	160,56
	1 763 153	245 739 118	139,37
F	1 318 931	178 109 826	135,04
	1 991 076	212 034 498	106,49
	1 479 923	155 552 103	105,11
	1 198 063	118 268 880	98,72
	4 531 314	446 459 354	98,53
	1 508 191	137 878 003	91,42
	1 166 968	98 260 653	84,20
	1 937 046	149 931 449	77,40
	1 858 020	136 996 180	73,73

AHUS: BRUKER DETTE TIL LÆRING

Ledelsen ved Akershus universitetssykehus påpeker at de har hatt flere erstatningssaker med svært store utbetalinger.

For å få erstatning, må det påvises at skaden skyldes svikt i behandlingen.

De største erstatningssummene utløses ofte ved omfattende skader som skjer tidlig i pasientens liv. Ved Ahus var de største utbetalingene tilknyttet fødselsskader, ortopediske inngrep og gastroenterologisk kirurgi.

– Statistikk fra NPE viser at skader hyppigst forekommer innen disse fagområdene, og dette er derfor områder vi vil se nærmere på, sier kvalitetsdirektør ved Akershus universitetssykehus (Ahus), Anne Wenche Lindboe.

Hun tilføyer at Ahus vil bruke statistikken til læring for å bedre pasientsikkerheten.

Vil informere bedre

Kvalitetsdirektøren fremholder at Ahus ønsker å legge til rette for at pasienter og pårørende får god informasjon om pasientskadeordningen.

– Ved alle interne meldinger om pasientskade i sykehusets kvalitetsstyringssystem, kontrolleres det om pasient/pårørende er informert om muligheten til å søke om erstatning. I tillegg har vi en prosedyre som sikrer at alle alvorlige hendelser blir meldt til Helsetilsynet i Oslo og Akershus, sier Lindboe.

– For å lære

Hun opplyser at alle avvikshendelser som blir meldt i sykehusets kvalitetsstyringssystem blir behandlet både på avdelingsnivå og i sykehusledelsen.

– Dette gjør vi for å lære av det som har skjedd slik at forebyggende tiltak kan iverksettes på systemnivå for å bedre pasientsikkerheten, sier Lindboe.

Inngrepene som ga mest medhold i NPE

SKADETOPPEN 2010:

1. Ortopedisk kirurgi: Brudd i kne, legg og ankel og brudd i underarm/håndledd er de to største diagnosegruppene, og utgjør totalt over 50 prosent av sakene som har blitt behandlet.
2. Svulster og kreftsykdommer
3. Ortopedi – ikke kirurgisk behandling
4. Gastroenterologisk kirurgi
5. Psykiatri/psykologi
6. Fødselshjelp og kvinnesykdommer
7. Nevrologi
8. Hjertesykdommer
10. Odontologi

Kilde: Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

HELSE MIDT-NORGE RHF

Antall pasienter 2006 - 2010: **4 013 782**
Totalt utbetalt i erstatning: **294 938 344 kr.**

HELSE VEST RHF

Antall pasienter 2006 - 2010:
5 206 440
Totalt utbetalt i erstatning:
534 423 883 kr.

HELSE NORD RHF

Antall pasienter 2006 - 2010:
2 885 605
Totalt utbetalt i erstatning:
396 698 725 kr.

HELSE SØR-ØST

Antall pasienter 2006 - 2010: **15 135 925**
Totalt utbetalt i erstatning: **1 528 719 545 kr.**

VG NETT

Sjekk sykehusenes erstatningsutbetalinger på VG Nett – se hele listen.

Sjekklisten som skal hindre legefeil

Av MAY LINN GJERDING, INGUNN SALTBNES og JØRGEN BRAASTAD (foto)

Stadig flere sykehus innfører sjekkliste for kirurger, som ligner dem pilotene bruker.

Et av formålene med sjekkliste for trygg kirurgi, er å unngå tabber som at pasienter blir operert på feil side.

- Vi ser at det er stor variasjon mellom avdelingene i forhold til hvor vanlig dette er. Dette er en av de feilene hvor man åpenbart kan bli bedre. Her må rutine endres for å hindre at dette skjer, sier seniorrådgiver Ellen Tvetter ved Kunnskapssenteret.

Hun har vært med på arbeidet med å kartlegge pasientskader i Sykehus-Norge. I fjor døde om lag 4500 pasienter som følge av skade som oppsto på norske sykehus, ifølge den foreløpige rapporten Kunnskapssenteret har utarbeidet for myndighetene.

Trapper opp

Nå trapper spesialisthelsetjenesten opp arbeid som skal skjerpe sikkerheten. Nordlandssykehuset, Haukealand er blant sykehusene som har tatt i bruk WHO's sjekkliste for trygg kirurgi.

Kirurgene og operasjonsteamet går gjennom en rekke vesentlige punkter for et inngrep, som for eksempel:

- Hvem ligger på operasjonsbordet?
- Hvor skal pasienten opereres - høyre eller venstre side?
- Hva er planlagt prosedyre?

Kirurgens sjekkliste har vært brukt i USA og Europa med positivt resultat. Ordningen ble testet ved Rikshospitalet for to år siden, og så gradvis prøvd



GODE ERFARINGER:

- Sjekklisten ligner dem pilotene bruker før de skal fly, sier nestleder Øyvind Skraastad ved Akutt klinikken ved OUS.

ut ved andre avdelinger. Nå skal sjekklisten innføres for fullt ved Oslo universitetssykehus (OUS).

- Vi kommer nå til å legge det ut som en standard for all operativ virksomhet, sier leder stab pasientsikkerhet, Anders Baalsrud ved OUS.

Baalsrud påpeker at sjekklisten bare er én av flere verktøy som skal forebygge feil.

- Det å operere feil side, eller at kirurgen glemmer igjen kompresset utgjør to-tre prosent av risikoen ved kirurgi. Dette er noe av det kirurgens sjekkliste kan avdekke, sier han.

Nestleder Øyvind Skraastad ved Akutt klinikken ved Oslo universitetssykehus deltar også i luftambulansetjenesten, og mener at noe av sikkerhetstankgangen også kan benyttes i helsevesenet.

- Sjekklisten ligner dem pilotene bruker før de skal fly, sier han.

E-post: may.linn.gjerdning@vg.no
ingunn.saltbones@vg.no



TRYGGERE OPERASJON: Sjekkliste for trygg kirurgi skal bli standard prosedyre ved Oslo



Frithjof
JACOBSEN

Politisk kommentator
frithjof.jacobsen@vg.no

Ikke til å leve med

At over 2000 mennesker dør av feilbehandling hvert år, kan ikke norske sykehus leve med.

Mange har hørt den gamle vitsen om at det farligste med å bli syk er å havne på sykehus.

Jeg hadde tidligere en kollega som sa det samme hver gang et bestemt norsk sykehus ble nevnt:

- På det stedet tar de livet av folk.

Jeg hadde vondt for å tro at han mente det. Men ikke nå lenger. Oversikten over feilbehandling som gjør at pasienter dør, får meg til å grøsse.

Selvfølge vet man at det

kan gjøres feil. At noe kan gå galt under en krevende operasjon, eller at en eller annen blingser på milliliterne når noe skal trekkes opp i en sprøyte. Eller at det gis intravenøst eller hva det heter. Ingen forventer at mennesker er feilfrie.

Men at over to tusen mennesker dør hvert år etter feil

SYKEHUSTABBER

Forberedelse før innledning av anestesi	Time-out før operasjonsstart	Avslutning før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet
Har pasienten bekreftet? <input type="checkbox"/> Identitet <input type="checkbox"/> Operasjonsfelt <input type="checkbox"/> Type inngrep	Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon? <input type="checkbox"/> Ja	Teamet gjennomgår muntlig: <input type="checkbox"/> Hvilke inngrep er gjennomført? <input type="checkbox"/> Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker, nåler og utstyr forevrig (eller ikke aktuelt)? <input type="checkbox"/> Er prøvematerialet riktig merket (inklusive pasientens identitet) og lagt på riktig medium? <input type="checkbox"/> Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om? <input type="checkbox"/> Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten?
Er operasjonsfeltet merket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt	Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig: <input type="checkbox"/> Hva er pasientens navn? <input type="checkbox"/> Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side? <input type="checkbox"/> Er pasienten i rett leie?	Lokale tillegg
Er anestesisekk utført og medikamenter kontrollert? <input type="checkbox"/> Ja	Gjennomgang av potensielt risikofylte hendelser Kirurg: <input type="checkbox"/> Hva er forventet blodtap? <input type="checkbox"/> Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til? <input type="checkbox"/> Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser? <input type="checkbox"/> Hva er forventet varighet av operasjonen?	
Har pasienten: Kjent allergi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Anestesilege og anestesisykepleier: <input type="checkbox"/> Hva er pasientens ASA-klassifisering? <input type="checkbox"/> Er det særlige risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til?	
Vanskelig luftvei / risiko for aspirasjon? <input type="checkbox"/> Ja, og utstyr / assistanse er tilgjengelig <input type="checkbox"/> Nei	Operasjonssykepleier: <input type="checkbox"/> Er steriliteten på instrumentene bekreftet (inkludert indikatorer)? <input type="checkbox"/> Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret?	
Risiko for >500 ml blodtap (>7 ml / kg hos barn) <input type="checkbox"/> Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig <input type="checkbox"/> Nei	Spesielle infeksjonsforebyggende tiltak <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Er antibiotikaprofylakse fullført i løpet av de siste 60 minuttene? <input type="checkbox"/> Er tiltak for å forebygge hypotermi iverksatt? <input type="checkbox"/> For pasienter med diabetes: Er blodsukkeret innenfor normalområdet?	
Risiko for hypotermi? <input type="checkbox"/> Ja, og tiltak er planlagt eller iverksatt <input type="checkbox"/> Nei	Er tromboseprofylakse gitt? <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei: Hva?	
Er nødvendig billedinformasjon tilgjengelig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		

Sjekkliste for trygg kirurgi

Versjon 2.1/ 18 01 2010



TABBE-OFFER:
Alta IF-keeper Irene Pettersen ble korsbåndsooperert – i feil kne i sommer.
Foto: MAGNE EK

OPERERTE FEIL KNE – INNFØRTE SJEKKLISTE

Av MAY LINN GJERDING

Alta-keeper Irene Pettersen (29) ble operert i feil kne. Nå trener hun opp begge knærne – og aner ikke om hun kan drive med idrett igjen.

Det som burde være en enkel standard korsbåndoperasjon av et skadet kne, endte med to knær satt ut av spill.

– Jeg er fortsatt i en opptreningsperiode, og vet ennå ikke om knærne blir helt bra, sier 29-åringen.

Pettersen synes i ettertid at hendelsen oppleves tyngre, enn den gjorde like etter den mislykkede operasjonen.

– Det er veldig tungt å motivere seg til å gå gjennom en slik operasjon igjen. En slik operasjon innebærer seks måneders opp trening for hvert kne, forklarer hun.

Innførte sjekkliste

7. juni fikk fotballspilleren sjokk da hun våknet etter operasjonen ved Tromsø Private Sykehus – Dere har jo tatt feil kne, utbrøt keeperen til førstedivisjonslaget Alta.

– På grunn av det som skjedde med meg, begynte sykehuset med sjekkliste for trygg kirurgi. De innførte det samme uke som kneoperasjonen min, sier hun.

Tre måneder senere ble hun operert i riktig kne.

Daglig leder ved Tromsø Private Sykehus, Bente Marie Holtan Openshaw, mener at sykehuset håndterte saken på en best mulig måte.

– Ut fra slik vi har fulgt opp, så håper jeg at vi har håndtert saken på best mulig måte for alle parter.

FAKTA

● WHO introduserte i januar 2009 en sjekkliste for trygg kirurgi.

● Hensikten med innføringen av sjekklisten, er å redusere sykkelighet og dødelighet etter kirurgiske inngrep.



universitetssykehus. Her utføres en hjerteoperasjon på Rikshospitalet.

som kunne og burde vært unngått, det er sjokkerende.

Er det noen andre steder i samfunnet vi ville funnet oss i det? Ville man akseptert at et par hundre barnehagebarn hvert år kom hjem med ni fingre eller ett øye fordi noen hadde glemt å låse inn de skarpe knivene? Eller at gart-

nere soste rundt med giftige sprøytemidler i parker og på idrettsplasser, slik at publikum kunne dø av å få gress eller blader i munnen?

Det tragiske med den dødelige feilbehandlingen er ikke at den skyldes risikable operasjoner eller ekstrem tidsnød. Det er at mange dør fordi syke-

husene slurver. De slurver med renhold, så folk får farlige infeksjoner. De slurver med rutinene, så folk får feil medisin. Alle vet at det skjer, men ingen klarer å gjøre noe med det.

Renhold og dobbeltsjekk av medisiner er kjedelig, rutinepreget og fullstendig uten prestisje i helsevesenet. Og på mange

sykehus betyr det at man derfor er elendige på det. Det kan ikke fortsette. Selv den mest fantastiske prestasjon på operasjons-salen, eller i laboratoriet, er null verdt hvis pasienten etterpå dør av en sykehusinfeksjon eller feil medisin.

Jobb nummer en for helseministeren må være å redusere

antallet dødsfall etter feilbehandling betydelig. Og de godt betalte styrevervene og lederjobbene i alle helseforetakene, bør komme med et ultimatum. Den som ikke klarer å gjøre noe med dette, må finne seg noe annet å gjøre.

Vil ha jevnlig eksamen for leger

ØDELAGT I HELSE-VESENET

Av MAY LINN GJERDING

Sjeflege Øyvind Skraastad ved Oslo universitetssykehus (OUS) vil at leger skal gå opp til eksamen jevnlig – på linje med piloter.

VG har en serie artikler satt søkelys på feilbehandling og oppfølging av pasienter. Helsemyndighetene er i full gang med å rulle ut flere tiltak for å øke pasientsikkerhet.

Blant satsingsområdene nå er riktig legemiddelbruk i sykehjem, samstemming legemiddellister og sjekklister for kirurger, som ligner dem pilotene bruker. Nestleder Øyvind Skraastad ved Akuttklinikken ved OUS mener at helsevesenet kan lære enda mer av luftfarten:

Færre feil

– Leger burde også gå opp til sertifiseringseksamen, slik pilotene må jevnlig. Da tror jeg antallet feil hadde gått ned, sier Skraastad til VG

Han er også leder av kvalitetsutvalget i Akuttklinikken ved OUS og sitter med praktisk håndtering av alle de større avvikene som skjer. Skraastad deltar også i luftambulansetjenesten og ser pilotkulturen på nært hold.

– Helsepersonell har også etter- og videreutdanning. Men vi har ikke et system hvor jeg må komme og bestå en test. Vi har ikke forpliktende sertifisering som en pilot har. Men jeg tror absolutt det kunne vært positivt også for oss, sier Skraastad. Han påpeker at mange land har eksaminasjon av helsepersonell som virkemiddel til å bygge opp og ved-

likeholde kompetanse. Selv har Skraastad tatt en frivillig europeisk eksamen i anesthesi og intensivmedisin.

President Hege Gjessing i Den norske legeförening opplyser at de vurderer resertifisering for overleger.

Uenig

– Vi har begynt å jobbe med å se på resertifisering av overleger. Vi er uenig i at leger skal ha eksamen, men positiv til resertifisering, sier Gjessing.

Hun peker på at allmennleger jevnlig må gjennom et visst antall kurstimer eller mister de spesialiteten.

– Hvis en skal sikre kvalitet på sykehus, mener jeg at man må måle kvalitet på avdelinger. Hvis du vet at avdelingen leverer god kvalitet, betyr det at legene som jobber der er gode på det de skal gjøre.

Pasientombud i Akershus Knut Fredrik Thorne synes helsevesenet i Norge har mye å lære av sikkerhetskulturene i luftfart og oljebransjen.

– Jeg er helt enig med Skraastad. En slik sertifisering av leger vil sette press på legene til å kontinuerlig holde seg oppdaterte. Man har jo på sykehuseene en haug med prosedyrer. Problemet er at man ikke alltid følger disse prosedyrene, og plutselig så smeller det, sier Thorne.



Nasjonal offensiv mot feilbehandling

VIL SKJERPE LEGEKRAV: Nestleder Øyvind Skraastad ved Akuttklinikken ved OUS mener at helsevesenet bør lære luftfarten, og kreve at leger avlegger eksamen. Her er han på jobb under en hjerteoperasjon på Rikshospitalet.

Foto: JØRGEN BRAASTAD

” Leger burde også gå opp til sertifiseringseksamen, slik pilotene må jevnlig.

Slik skal feilene reduseres

I fjor døde om lag 4500 pasienter i Norge som følge av skade som oppsto på norske sykehus – og halvparten av dødsfallene kunne vært unngått, viser foreløpig resultater i kartlegging utført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsevesenet.

Myndighetenes pågående pasientsikkerhetskampanje har følgende innsatsområder:

- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Samstemming legemiddellister.
- Trygg kirurgi med særlig fokus på postoperative sårinfeksjoner
- Det skal etableres arbeidsgrupper med faglig høy kompetanse på følgende felter: Forebygging av selvmord, forebygging og tidlig behandling av psykose, forebygging bruk av tvangsmidler og forebygging av overdose dødsfall.
- Større fokus på pasientsikkerhet i forbindelse med hjerneslag.

Kilde: Nasjonal pasientsikkerhetskampanje, Kunnskapssenteret

Blåfjell 2
På kino fra 18. november!

JULEKORT
50%

TALLERKENER OG SERVIETTER
3 FOR 2

MERKELAPPER
8 stk.
19⁹⁰

GAVEPAPIR
3 m
19⁹⁰

SJOKOLADE-FIGURER
36⁹⁰

Kjøp Blåfjell hos Nille!

www.blaafjell2.no

Blåfjell 2 © Storm Rosenberg AS. All Rights Reserved.

nille

Tips VG få opptil 25 000,-

GLA'
tipset

2200

MMS: 2200 e-post: 2200@vg.no lft: 22 000 000