

Styrets medlemmer

Vår ref.:

2009/408 - 3651/2009

Deres ref.:**Arkiv:**

012

Dato :

11.02.2009

Innkalling til styremøte 190209**Møtedato:** Torsdag 19. februar 2009 kl. 1000**Møtested:** Sykehuset Levanger - Arken - Store møterom**Sak 5/2009** Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 22.01.09**Sak 6/2009****Orienteringssaker**

1. Styringsdokument for Helse Nord-Trøndelag 2009
2. Møteprotokoller styret i Helse Midt-Norge 14.01.09 og 05.02.09
3. Referat fra møte i Samarbeidsutvalget 120209
4. Referat fra møte i Brukerutvalget 160209
5. Driftsrapport januar 2009
6. Kvalitetsutvalgets årsrapport 2008
7. Pasientombudets årsrapport 2008
8. Samhandlingsreform for Nord-Trøndelag
9. Familieambulatoriet
10. Status felles ambulansestasjon Osen/Roan
11. Andre orienteringer

Med hilsen

Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 22.01 2009 kl. 10.00 – 14.00

Møtested: Sykehuset Namsos

Saksnr.: 01/2009 – 04/2009

Arkivsaksnr:

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli

Siw Bleikvassli

Asbjørn Hofslø

Inger Anne Holm

Peter Himo

Torgeir Schmidt-Melbye

Margrete Mære Husby

Forfall:

Inger Marit Eira-Åhren

Jørgen Selmer

Reidar Viken

Skjalg Ytterstad

Møtende vara:

Annie Wennevik

Fra Brukerutvalget møte: Svein Grindstad

Fra Samarbeidsutvalget møte: Hege Sørle

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør Arne Flaot

Ass. direktør Mads Einar Berg

Økonomisjef Tormod Gilberg

Medisinskfaglig rådgiver Øivind Stenvik

Informasjonssjef Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader. Nytt medlem Margrete Mære Husby ble hilst velkommen.

Innkalling utsendt pr. e-post 16.01 2009. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

Sak 01/2009 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 15.12 2008

Protokoll

Ingen merknader til protokollen. Protokollen ble underskrevet.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøte 15.12 2008 godkjennes uten anmerkninger.

Sak 02/2009 Finansieringsmodellen i Helse Midt-Norge – Implementering av psykisk helsevern, – uttalelse fra HNT

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Forslaget til ny finansieringsmodell synes ikke optimal for finansiering av psykiatriske enheter. Styret anbefaler derfor at dagens modell videreføres for psykiatriske enheter.

Protokoll

Økonomisjef Tormod Gilberg gikk gjennom bakgrunn og prosess knyttet til ny finansieringsmodell for psykiatrien. Utkastet til ny finansieringsmodell er til høring i de lokale helseforetakene før vedtak i styret i Helse Midt-Norge. Gilberg pekte på mulige vridningseffekter i modellen og redegjorde for administrasjonens innstilling til vedtak.

Asbjørn Hofslie gjorde rede for Helse Midt-Norges vurderinger knyttet til inntektsmodellen. Hofslie forlot møtet under den videre behandling og vedtak i saken.

Styreleder Steinar Aspli fremmet følgende forslag til vedtak:

Styret mener dagens modell er best egnet til å nå de samlede resultatkravene (både økonomiske, aktivitets- og kvalitetskrav) regionen har. Foreslåtte nye modell vil kunne bidra til at målene blir mer fragmenterte og at det blir vanskeligere for regionen som helhet å oppnå samlede resultatkrav. Målsettingene for psykiatrien i regionen er fortsatt noe uklare. Det må arbeides med å utforme slike mål i aktuelle styringsverktøy i tillegg til finansieringsmodellen. Styret anbefaler derfor at dagens modell for finansiering videreføres for psykiatriske enheter inntil konsekvenser knyttet til ny modell er nærmere kartlagt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Styret mener dagens modell er best egnet til å nå de samlede resultatkravene (både økonomiske, aktivitets- og kvalitetskrav) regionen har. Foreslåtte nye modell vil kunne bidra til at målene blir mer fragmenterte og at det blir vanskeligere for regionen som helhet å oppnå samlede resultatkrav. Målsettingene for psykiatrien i regionen er fortsatt noe uklare. Det må arbeides med å utforme slike mål i aktuelle styringsverktøy i tillegg til finansieringsmodellen.

Styret anbefaler derfor at dagens modell for finansiering videreføres for psykiatriske enheter inntil konsekvenser knyttet til ny modell er nærmere kartlagt.

Sak 03/2009 Årlig melding 2008

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF vedtar det framlagte forslag til "Årlig melding" som styrets rapport for 2008 og styrets plandokument for perioden 2009-2011

Protokoll

Administrerende direktør gjorde rede for Årlig melding 2008 fra Helse Nord-Trøndelag til Helse Midt-Norge. Meldingen avrapporterer hvordan krav i styringsdokumentet er fulgt opp i 2008, og anviser strategier og tiltak framover.

Styret meldte korrigeringer og tillegg i Årlig melding 2008.

Administrerende direktør innstilte på nytt forslag til vedtak:

Administrerende direktør i samarbeid med styreleder får fullmakt til å korrigere tekst i samsvar med styrets anmerkninger.

Med disse endringene vedtar styret i Helse Nord-Trøndelag HF det framlagte forslag til "Årlig melding" som styrets rapport for 2008 og styrets plandokument for perioden 2009-2011

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Administrerende direktør i samarbeid med styreleder får fullmakt til å korrigere tekst i samsvar med styrets anmerkninger.

Med disse endringene vedtar styret i Helse Nord-Trøndelag HF det framlagte forslag til "Årlig melding" som styrets rapport for 2008 og styrets plandokument for perioden 2009-2011

Sak 04/2009 Orienteringssaker

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

Styret tar sakene til orientering

Protokoll

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 18.12.08
 - Styreleder viste til protokollen
2. Andre orienteringer
 - Driftsrapportering
 - i. Endelig driftsrapport foreligger ikke, på grunn av arbeid med årsavslutning. Administrerende direktør rapporterte tilgjengelige resultater. Resultatene for Helse Nord-Trøndelag ble sammenlignet med resultater i regionen for øvrig.
 - DMS Inn-Trøndelag
 - i. DMS Inn-Trøndelag: Administrerende direktør gjorde rede for prosessen knyttet til hovedprosjekt i DMS Inn-Trøndelag. Skisse til organisering av hovedprosjektet ble vist. Styringsgruppen vil bestå av representant fra Helse Nord-Trøndelag, fagdirektør i Helse Midt-Norge og rådmann fra den enkelte involverte kommune. Prosjektet deles inn i tre hovedområder: Innhold, Organisering, Lokaler/infrastruktur. Helse Nord-Trøndelag vil stille leder av

innholdsprosjektet til disposisjon, mens kommunene vil lede de andre gruppene samt stille med hovedprosjektleder.

- Ambulansetjenesten
 - i. Administrerende direktør orienterte om prosess knyttet til ambulansetjenesten i Osen og Roan kommuner, jf. Sak 41/2008. Osen kommune har meddelt tilbake at de er enige i felles stasjon, men ber Helse Nord-Trøndelag revurdere nivå på helgeberedskap. Roan har sagt seg uenig i vedtaket i Helse Nord-Trøndelag. Administrasjonen går videre med å realisere styrets vedtak i samråd med kommunene.
- Pasienttransport
 - i. Pasienttransport: Administrerende direktør viste til avtaler som er inngått mellom transportleverandører og Helse Midt-Norge for pasienttransport i Nord-Trøndelag. Avtale med nye leverandører trådte i kraft fra årsskiftet. Administrerende direktør gikk gjennom planleggingen i forkant, turbulens i starten på året og videre oppfølging fra Helse Nord-Trøndelag.
- Møteplan 2009
 - i. Styreleder redegjorde for endring av møtedato i mai. Møtet flyttes fra 20. mai til 19. mai. Det tas stilling til i neste møte om styremøtet i april avholdes annet sted enn oppgitt. Styreleder gjorde rede for felles regional styresamling 13. – 14. mai.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar sakene til orientering

Styret tar administrerende direktørs redegjørelse om DMS Inn-Trøndelag til etterretning.

Steinar Aspli

Siw Bleikvassli

Asbjørn Hofslø

Annie Wennevik

Inger Anne Holm

Margrethe Mære Husby

Peter Himo

Torgeir Schmidt-Melbye

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 6/2009 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	19.02.2009	6/2009

Saksbeh: Arne Flaas

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2009/408

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering

SAKSUTREDNING:
Sak 6/2009 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Styringsdokument for Helse Nord-Trøndelag 2009
2. Møteprotokoller styret i Helse Midt-Norge 14.01.09 og 05.02.09
3. Referat fra møte i Samarbeidsutvalget 120209
4. Referat fra møte i Brukerutvalget 160209
5. Driftsrapport januar 2009
6. Kvalitetsutvalgets årsrapport 2008
7. Pasientombudets årsrapport 2008
8. Samhandlingsreform for Nord-Trøndelag
9. Familieambulatoriet
10. Status felles ambulansestasjon Osen/Roan
11. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid 14.01.09 kl. 09.00 – 13.00

Møtested: Helse Midt-Norge, Strandvegen 1, 7500 Stjørdal

Saksnr.: 01/09-10/09

Arkivsaksnr.: 2008/414

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid (møteleder)

Tove Røstad

Ellen Engdahl

Olav Huseby

Jan Magne Dahle

Björg Henriksen

Ingegierd Sandberg

Karl Wesenberg

Kirsti Dyrnes (varamedlem)

Forfall:

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtrø

Ellen Marie Wøhni

Oskar J. Grimstad

Merethe Storødegård

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Bjørn Erikstein

Styresekretær Rita Bjørgan Holand (referent)

Økonomidirektør Anne-Marie Barane

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Medisinsk direktør Henrik Sandbu

Direktør for Eierstyring Asbjørn Hofslø

Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Adm. dir. Helsebygg Midt-Norge Johan Arnt Vatnan (tom sak 06/09)

Rådgiver Steinar Bjørås (sak 10/09)

Det regionale brukerutvalget:

Michael Momyr

Brit Haugdahl

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 07.01.09.

Sak 10/09 "Ambulansesaken" – ble lagt ut 13.01.09 som en ny sak på sakskartet.

I tillegg ble følgende dokumenter omdelt i møtet:

- Møtereferat fra brukerutvalget 12.01.09
- Sak 10/09 Ambulansesaken
- Brev til styret i Helse Midt-Norge fra hovedtillitsvalgte i Namsos Trafikkselskap ASA og Inntrøndelag Ambulanse AS
- Brev til styret i Helse Midt Norge fra Fagforbundet vedr. samarbeid mellom tillitsvalgte og ledelse i Helse Nordmøre og Romsdal i forbindelse med pågående omstilling i Avdeling for voksenpsykiatri
- Oppdragsdokument 2009 Helse Midt-Norge RHF

Sak 01/09 Underskrift av protokoll

Protokoll

Det var ingen merknader til protokollen.

Protokoll fra møtet den 18.12.08 ble godkjent og underskrevet

Sak 02/09 Referatsaker

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 12.01.09
- Revisjonskomiteens møte den 17.12.08

Sak 03/09 Helse Midt-Norge Økonomirapportering pr 30. november 2008

Styrets enstemmige vedtak:

- 1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar rapportering pr 30. november 2008 til etterretning
- 2 Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar fordeling av tilleggsbevilgning for å lette omstilling i 2008 med bakgrunn i finansieringsmodellen for fordeling av inntektsrammen innenfor somatikk jf tabell nr 5 i saken.

Sak 04/09 Helse Nord-Trøndelag HF - Sykehuset Namsos - nytt psykiatribygg - konseptrapport

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge gir sin tilslutning til at konseptrapporten for Nytt psykiatribygg ved Sykehuset Namsos legges til grunn for utarbeidelse av forprosjekt, og ber i tillegg om at vedtak i sak 26/07 legges til grunn i det videre arbeidet.
2. Styret forutsetter imidlertid at det i forprosjektet blir foretatt vurderinger som beskrevet i saksfremstillingen og av Helse Nord-Trøndelag HF.
3. Det forutsettes at finansieringen avklares i forbindelse med forprosjektet. Forprosjektet vil danne grunnlag for endelig beslutning om nytt psykiatribygg ved Sykehuset Namsos.
4. Helsebyggs kompetanse involveres i prosjektet på egnet måte.

Sak 05/09 St. Olavs Hospital - ytre rehabilitering av Kreftbygget, riving av Lungebygget og rehabilitering av Parkbygget

Styrets enstemmige vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir si tilslutning til at en finansierer ytre rehabilitering av Kreftbygget, riving av Lungebygget og rehabilitering av Parkbygget innenfor en samlet ramme på 24 mill. kr. gjennom bruk av den avsatte margin i prosjektet Nytt universitetssykehus i Trondheim, St. Olavs Hospital, som disponeres av styret for Helse Midt-Norge RHF. Styringsmålet for prosjektet justeres tilsvarende.

Sak 06/09 Valg av nestleder i Revisjonskomiteen

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret vedtar at det blant medlemmene i Revisjonskomiteen i Helse Midt-Norge RHF skal velges en nestleder
2. Som nestleder i Revisjonskomiteen velges Ellen Engdahl.

Sak 07/09 Instruks for Revisjonskomiteen

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret vedtar vedlagte forslag til instruks for Revisjonskomiteen i Helse Midt-Norge RHF.
2. Instruksen trer i kraft fra vedtakstidspunktet og erstatter tidligere instruks datert 27.10.2006.

Sak 08/09 Orienteringssaker

Styrets enstemmige vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar saken til orientering.

I møtet den 14.01.09 ble styret for Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Status Helse Midt-Norge
 - o herunder orientering om ventetider ved Helse Midt-Norge
 - Handlingsplaner strategi
 - Oppdragsdokument
 - Status samhandling
-

Sak 09/09 Eventuelt

Det ble ikke fremmet saker under eventuelt

Sak 10/09 Ambulansesaken (behandlet før sak 03/09)

Styrets vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre de prosesser som er nødvendige innenfor lov og forskrift for å kunne opprettholde gode og trygge prehospitale tjenester til befolkningen innenfor områdene som i dag betjenes av Inntrøndelag Ambulanse og Namsos Trafikkselskap.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at dette arbeidet tar utgangspunkt i styrets tidligere vedtak om drift av ambulansetjenester (Sak 99/06).
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at administrerende direktør holder styret orientert på egnet måte.

Stemmeforklaring:

Styremedlem Ingegjerd Sandberg fremmet alternativ til pkt. 2

"Styret for Helse Midt-Norge vedtar at ambulansedriften i områdene som betjenes av Inntrøndelag Ambulanse og Namsos Trafikkselskap skal drives i egen regi." Dette forslaget fikk to stemmer (Ingegjerd Sandberg og Bjørg Henriksen).

Når forslaget falt fremmet Ingegjerd Sandberg følgende forslag *"Dersom Inntrøndelag Ambulanse og Namsos Trafikkselskap ikke klarer å drive ambulansetjenesten, skal tjenesten drives i egen regi"*. Dette forslaget fikk 1 stemme (Ingegjerd Sandberg).

Det ble tilslutt opplyst at Foretaksmøtet er 28.01.09 kl. 10.00 – 12.00.

Styreleder Kolbjørn Almlid opplyste at det avholdes en Samhandlingskonferanse sannsynligvis her på Stjørdal 27.04.09.

4. februar 2009 er det evaluering av styrets arbeid.

Neste styremøte er 5. februar 2009.

Stjørdal, den 05.02.09

Kolbjørn Almlid

Tove Røstad

Merethe Storødegård

Ellen Engdahl

Olav Huseby

Oskar J. Grimstad

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtro

Karl Wesenberg

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid 05.02.09 kl. 09.00 – 13.00

Møtested: Helse Midt-Norge, Strandvegen 1, 7500 Stjørdal

Saksnr.: 11/09 – 21/09

Arkivsaksnr.: 2009/22

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid (møteleder)

Tove Røstad

Ellen Engdahl

Olav Huseby

Jan Magne Dahle

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Karl Wesenberg

Kirsti Leitrø

Ellen Marie Wøhni

Oskar J. Grimstad

Merethe Storødegård

Forfall:

Joar Olav Grøtting

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Bjørn Erikstein

Styresekretær Rita Bjørgan Holand (referent)

HR-direktør Sveinung Aune

Økonomidirektør Anne-Marie Barane

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Medisinsk direktør Henrik Sandbu

Direktør for Eierstyring Asbjørn Hofslø

Direktør for prosjekter og teknolog Bård Helge Hofstad (fom sak 19/09)

Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Rådgiver Nils Arne Bjørdal (tom sak 14/09 og sak 18/09)

Seniorrådgiver Toril Orrestad (tom sak 16/09)

Det regionale brukerutvalget:

Michael Momyr

Trond Haldberg

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 29.01.09.

Følgende dokumenter omdelt i møtet:

- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets møte 04.02.09
- Vedlegg til sak 20/09 Orienteringssaker : Helse Midt-Norges IT-investeringsbudsjett

Sak 11/09 Underskrift av protokoll

Protokoll

Det var ingen merknader til protokollen.

Protokoll fra møtet den 14.01.09 ble godkjent og underskrevet

Sak 12/09 Referatsaker

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 04.02.09

Sak 13/09 Resultatbudsjett 2009 Helse Midt-Norge – Prinsipp for endring

Styrets enstemmige vedtak:

1. Administrerende direktør gis fullmakt til å justere resultatkravene etter nærmere beregninger med bakgrunn i endring i pensjonskostnaden som følge av endring i økonomiske forutsetninger.

Sak 14/09 Helse Midt-Norge – budsjett 2009 – ”tiltak for arbeid”

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til prioritering av ”tiltak for arbeid” slik dette fremgår av saksfremstillingen og vedlagte tabell.
2. Styret gir adm. direktør fullmakt til å foreta evt. budsjettmessige endringer som dette innebærer.
3. Saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for vurdering før iverksettelse.

Sak 15/09 Fullmaktstruktur i Helse Midt-Norge RHF

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret gir sin godkjenning av den fremlagte fullmaktstruktur for administrerende direktør
2. Styret tar til orientering den fremlagte fullmaktstruktur for administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF

Sak 16/09 Styringsdokument til helseforetakene 2009

Styrets enstemmige vedtak:

Styret godkjenner at administrerende direktør utarbeider styringsdokument for 2009 til det enkelte helseforetak, basert på de styringskrav som fremkommer i vedlagte masterversjon av styringsdokumentet.

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å tilpasse kravene i styringsdokumentet til det enkelte helseforetak, før det overleveres helseforetaket i foretaksmøtet.

Styret ber administrerende direktør om å komme tilbake til styret i mars med en egen sak om hvordan det regionale helseforetaket planlegger å følge opp departementets samlede styringskrav, gitt i oppdragsdokumentet av 8. januar 2009 og i protokoll fra foretaksmøtet 28. januar 2009.

Sak 17/09 Helse Nordmøre og Romsdal HF - Status i arbeidet med omstilling i voksenpsykiatrien

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret tar vedlagte statusrapport til orientering
2. Styret forutsetter at Helse Nordmøre og Romsdal fullfører omstillingsprosessen i samsvar med de forutsetninger og rammer som er gitt i tidligere vedtak og i henhold til lov og avtaleverk

3. Styret forutsetter at Helse Midt-Norge RHF fortsatt tilbyr nødvendig bistand med administrative ressurser slik at omstillingsprosessen kan videreføres og avsluttes på en god måte
4. Styret forutsetter at varslingsaker i forbindelse med omstillingsprosessen i Helse Nordmøre og Romsdal håndteres i tråd med de retningslinjer som er etablert.

Punkt 3 ble fremmet av styremedlem Tove Røsstad og punkt 4 ble fremmet av adm. direktør.

Sak 18/09 Helse Midt-Norge - strategisk plan - energibruk

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til scenarie 3; som innebærer at Helse Midt-Norge samlet skal opptre som langsiktig og profesjonell eier, bygge moderne areal- og energieffektive bygg som er miljøvennlige og har god energifleksibilitet slik dette fremkommer i Strategisk plan for energibruk i Helse Midt-Norge.

Sak 19/09 Saker behandlet i styret i Helse Midt-Norge RHF 2008

Styrets enstemmige vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar saken om styresaker 2008 til orientering.

Sak 20/09 Orienteringssaker

Styrets enstemmige vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar saken til orientering.

I møtet 05.02.09 ble styret i Helse Midt-Norge gitt følgende orienteringer:

- Status Helse Midt-Norge
- Resultat 08 – foreløpig orientering
- Ambulansesaken
- Tertialrapport HR
- Rapportering Helsebygg Midt-Norge
- Pasienttransport
- Investeringsbudsjett 2009 IKT

Sak 21/09 Eventuelt

Ingen saker

Stjørdal, den 05.02.09

Kolbjørn Almlid

Tove Røstad

Merethe Storødegård

Ellen Engdahl

Olav Huseby

Oskar J. Grimstad

Jan Magne Dable

Joar Olav Grotting

Kirsti Leirtro

Karl Wesenberg

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøhni

Bjørn Henriksen

Administrerende direktørs rapport**1. Årsresultat for perioden:**

- Årsresultatet denne periode og hittil i år ift avvik mot budsjett
Årsresultat denne periode og hittil i år viser et positivt avvik på 0,7 mill kroner i forhold til periodisert budsjett.
Det viser seg at det i januar er inntektsført om lag 1,0 mill kroner som tilskudd til dekning av FoU-aktivitet som skulle vært periodisert over årets 12 måneder. Hvis vi hadde korrigert for denne føringen, ville resultatet vist et lite negativt avvik.
- Begrunnelse og årsak til vesentlige avvik
Ingen kommentarer denne måned.
- Denne periodes avvik ift budsjett
Lønnskostnadene viser et merforbruk på 1,6 mill kroner, mens de andre hovedartene viser noen mindre, positive avvik.
- Vesentlige endringer sammenlignet med fjoråret
Ingen kommentarer denne måned.

2. Prognose (mill kr):

- Eventuelle endringer i prognose som er gjort ift forrige periode (Prognose årsresultat og oppdeling iht hovedartene skal samsvare med SIM og ØBAK)
Budsjettet for HNT er vedtatt med et årsresultat på 31,1 mill kroner. Budsjettet bygger bl.a. på en forutsetning fra juni 2008 om at pensjonskostnadene i 2009 ville bli 210,0 mill kroner. I ny NRS-beregning i januar 2009 er pensjonskostnadene (hovedsakelig p.g.a. endrede forutsetninger) beregnet å bli om lag 3,5 mill kroner lavere. I henhold til retningslinjer fra HMN er det ikke tatt hensyn til ny NRS-beregning i regnskapet for januar 2009, men det er tatt hensyn til det ved utarbeiding av prognose for 2009.
Prognose årsresultat HNT 2009 fastsettes på dette grunnlag til 34,6 mill kroner, dvs. et positivt avvik på 3,5 mill kroner (tilsvarende reduksjon i pensjonskostnadene) i forhold til vedtatt budsjett.
- Eventuell manglende sammenheng mellom resultat hittil i år pluss budsjett resten av året og prognose
Jf. det som er skrevet ovenfor om pensjonskostnader.

Årsprognose forrige periode (måned x-1)	31,1 mill kr
Endring inntekter (prognose)	0 mill kr
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 0,0 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 0,0 mill kroner.	
Endring varekostnader (prognose)	0 mill kr
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 0,5 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 0,5 mill kroner.	
Endring lønnskostnader (prognose)	3,5 mill kr
Avvik i forhold til budsjett denne periode; - 1,6 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; - 1,6 mill kroner. Pensjonskostnadene forventes å bli 3,5 mill kroner lavere enn budsjettet. På dette grunnlag prognostiseres samlede lønnskostnader å bli 3,5 mill kroner lavere enn budsjettet.	
Endring andre driftskostnader (prognose)	0 mill kr
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 1,6 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 1,6 mill kroner.	
Endring finansposter (prognose)	0 mill kr
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 0,1 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 0,1 mill kroner.	
Årsprognose denne periode (måned x)	34,6 mill kr

3. Status realisert omstilling:

- Forklar manglende realisert omstilling med vekt på denne periodes avvik
Det er utarbeidet konkrete tiltak for omstilling og effektivisering av foretakets drift tilsvarende 23,8 mill kroner. Oversikt over realisert omstilling pr. januar viser at vi ligger an til å få en effekt på 23,3 mill kroner. Effekt av vedtatte tiltak og evt. behov for nye tiltak følges opp av egen controllergruppe på vegne av administrerende direktør.
- Alternative tiltak som er satt i verk gjennom året og effekten av disse
Ingen kommentarer denne måned.
- Forklar sammenheng mellom manglende realisering av omstilling og negativt prognose mot resultatkrav
Ingen kommentarer denne måned.

4. Utvikling i bemanning:

Lønns- og personalkuben er ennå ikke oppdatert med tall for januar.

5. Utvikling i sykefravær:

Lønns- og personalkuben er ennå ikke oppdatert med tall for januar.

6. Utvikling likviditet:

Ingen kommentarer denne måned.

7. Generell vurdering av den økonomiske situasjonen:

Enkelte klinikker fikk litt dårligere resultat i 2008 enn det som lå til grunn for budsjett 2009. Disse klinikkene arbeider med tilpassing av drift og vurderer evt. nye tiltak for 2009.

DRG-aktiviteten (innlagte pasienter i somatiske avdelinger) var om lag 3 % lavere enn planlagt og ISF poliklinikk (somatikk) var 21 % lavere enn budsjettet i januar. HEMIT har ikke rukket å oppdatere aktuelle system (POLK) for beregning av øvrig poliklinisk aktivitet slik at inntektene på disse områdene er ført i samsvar med budsjettet i januar. Det er derfor noe usikkerhet knyttet til enkelte inntektsposter i januar-regnskapet.

Vi forventer større sikkerhet rundt prognose drift og økonomi når vi får med tall for februar måned. Så langt er det ikke grunnlag for å endre prognose for årsresultat (med unntak for det som er skrevet om reduserte pensjonskostnader). Vi ser imidlertid at det er noe risiko knyttet til måloppnåelse for høye aktivitetstall og tilstrekkelig effekt av vedtatte og evt. nye tiltak.

Levanger, 13. februar 2009.

Arne Flaas
adm. dir.
sign.

Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	Januar 2009

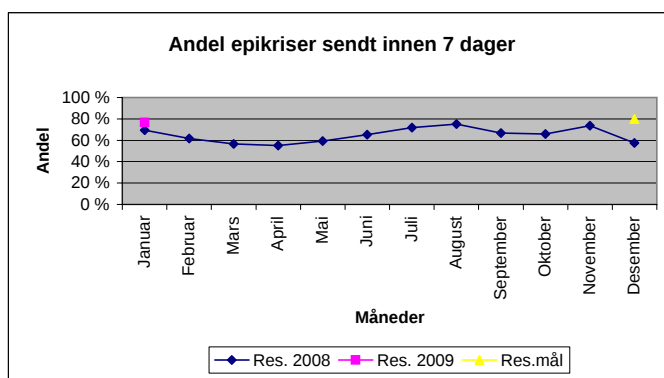
Kvalitetsindikatorer:

Kommentarer:

--	--

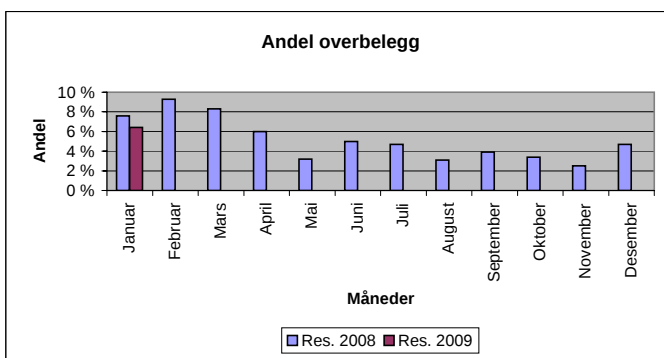
Andel epikriser sendt innen 7 dager:

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	69,6 %	76,6 %	
Februar	61,6 %		
Mars	56,6 %		
April	55,0 %		
Mai	59,3 %		
Juni	65,4 %		
Juli	71,8 %		
August	75,2 %		
September	66,9 %		
Oktober	66,0 %		
November	73,6 %		
Desember	57,4 %		80,0 %
Total	64,6 %		



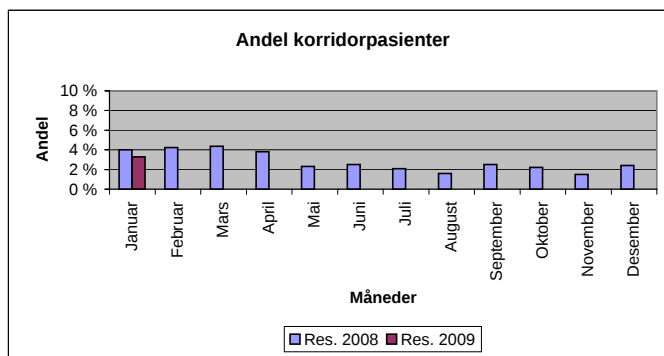
Andel overbelegg:

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	7,6 %	6,4 %	
Februar	9,3 %		
Mars	8,3 %		
April	6,0 %		
Mai	3,2 %		
Juni	5,0 %		
Juli	4,7 %		
August	3,1 %		
September	3,9 %		
Oktober	3,4 %		
November	2,5 %		
Desember	4,7 %		
Total	5,1 %		



Herav; Andel korridorpasienter:

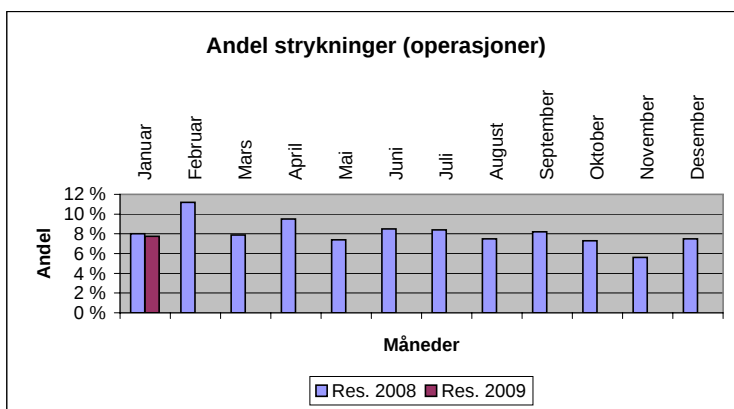
	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	4,0 %	3,3 %	
Februar	4,3 %		
Mars	4,4 %		
April	3,8 %		
Mai	2,3 %		
Juni	2,5 %		
Juli	2,1 %		
August	1,6 %		
September	2,5 %		
Oktober	2,2 %		
November	1,5 %		
Desember	2,4 %		
Total	2,8 %		



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	Januar 2009

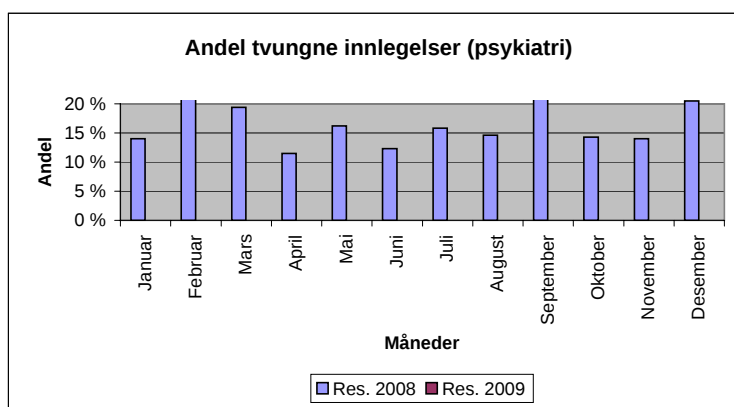
Andel strykninger (operasjoner):

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	8,0 %	7,8 %	
Februar	11,2 %		
Mars	7,9 %		
April	9,5 %		
Mai	7,4 %		
Juni	8,5 %		
Juli	8,4 %		
August	7,5 %		
September	8,2 %		
Oktober	7,3 %		
November	5,6 %		
Desember	7,5 %		
Total	8,2 %		5,0 %



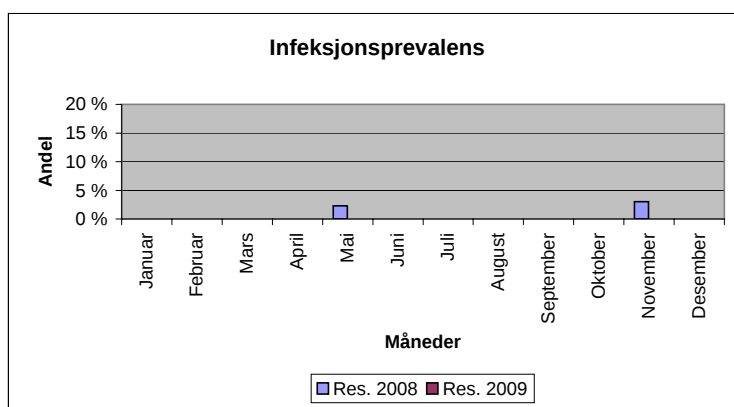
Andel tvungne innleggelser (psyk.):

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	14,0 %		
Februar	24,5 %		
Mars	19,4 %		
April	11,5 %		
Mai	16,2 %		
Juni	12,3 %		
Juli	15,8 %		
August	14,6 %		
September	26,7 %		
Oktober	14,3 %		
November	14,0 %		
Desember	20,5 %		
Total	16,9 %		



Infeksjonsprevalens:

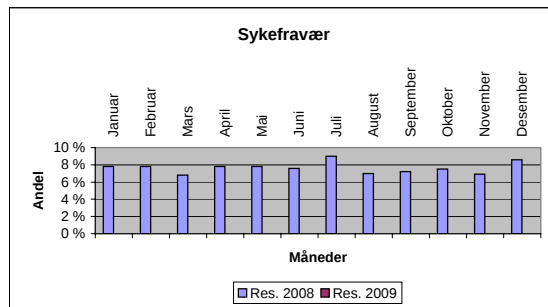
	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar			
Februar			
Mars			
April			
Mai	2,3 %		
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November	3,0 %		
Desember			
Total	2,6 %		



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	Januar 2009

Sykefravær:

	Res. 2008	Res. 2009	Res.mål
Januar	7,8 %		
Februar	7,8 %		
Mars	6,8 %		
April	7,8 %		
Mai	7,8 %		
Juni	7,6 %		
Juli	9,0 %		
August	7,0 %		
September	7,2 %		
Oktober	7,5 %		
November	6,9 %		
Desember	8,6 %		
Total	7,7 %		7,0 %



Realisert omstilling:

	HNT Gruppert (Sum HF)	SUM Tiltak	Realisert hittil (mill kr)	Prognose
1	Red. i lønnskostn. knyttet til stab/støtte/ servicefunksjoner	2,3	0,0	2,3
2	Red. i lønnskostn. knyttet til pleietjenester	10,7	0,3	10,3
3	Red. i lønnskostn. knyttet til vakt/ tj.planer leger	2,5	0,1	2,4
4	Red. i varer og tjenester (bl.a. medikament)	3,8	0,2	3,8
5	Økn. i inntekter (inkl. kodeforbedring)	1,4	0,1	1,4
6	Annet enn gruppe 1-5	3,1	0,1	3,1
	SUM HNT	23,8	0,9	23,3

Bemanningsutvikling:

	1-09	2-09	3-09	4-09
Brutto månedsverk utbetalt				
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 199,3	2 188,0	2 201,5	2 210,4
	5-09	6-09	7-09	8-09
Brutto månedsverk utbetalt				
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 202,2	2 215,3	2 336,8	2 258,3
	9-09	10-09	11-09	12-09
Brutto månedsverk utbetalt				
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 234,8	2 249,5	2 261,8	2 250,4

Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	Januar 2009

2009	Andel strykninger	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Des.	Hele 2009
Strøkne opr.	BFK	6,8 %												
Strøkne opr.	Kir. Levanger	8,0 %												
Strøkne opr.	Kir. Namsos	8,1 %												
Strøkne opr.	HNT 2009	7,8 %												

2009	Andel strykninger	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Hele 2009
Strøkne opr.	BFK				
Strøkne opr.	Kir. Levanger				
Strøkne opr.	Kir. Namsos				
Strøkne opr.	HNT 2009				

2009	Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Des.	Hele 2009
Andel henvisn. i BUP vurdert innen 10 dager		86,3 %												

2009	Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Hele 2009
Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager					



Årsrapport 2008

Pasientombudet i Nord-Trøndelag

Forord.

Pasientombudet i Nord-Trøndelag ble etablert 01.03.1997. Etter først å ha vært fylkeskommunal ble ordninga lovbestemt fra 01.01.2001 og statlig fra 01.01.2003.

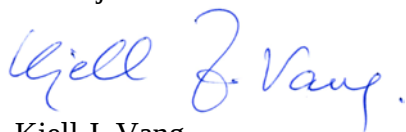
For første gang på mange år fikk vi i 2008 en reduksjon i antallet henvendelser. Nedgangen er antakelig uttrykk for tilfeldige svingninger.

Tall og statistikker i kapittel 2 gir inntrykk av Pasientombudets arbeidsmengde og –områder. Samtidig vises hvilke forhold de som henvender seg, er opptatt av.

I kapittel 3 drøftes generelle problemstillinger på bakgrunn av henvendelsene. Noen av dem er tatt opp direkte med aktuelle instanser.

Årsrapporten har allmenn interesse. Den spres til sjukehus, tilsynsmyndigheter, styrende organ, brukerorganisasjoner, presse og media og øvrige interesserte. Brukere, helsepersonell, politikere, tjenesteytende intitusjoner og andre er velkomne til å fremme synspunkt på innholdet.

Steinkjer 08.01.2009.



Kjell J. Vang.
-pasientombud-

Innhold:

1. Drifts- og organisatoriske forhold.	S. 3
1.1. Formål, organisering, arbeidsområde, kontorforhold og bemanning.	S. 3
1.2. Arbeidets art.	S. 3
1.3. Samarbeid.	S. 3
1.4. Oversikt over utadretta virksomhet, undervisning, møter, konferanser m.m.	S. 3
 2. Saker, saksbehandling og statistikk.	 S. 5
2.1. Antall henvendelser.	S. 5
2.2. Alder og kjønn.	S. 5
2.3. Fordeling på institusjoner.	S. 5
2.4. Fordeling på medisinske hovedområder.	S. 6
2.5. Erstatningssaker.	S. 6
2.6. Henvendelsesgrunner.	S. 6
2.7. Diverse statistikk.	S. 7
 3. Generelle / prinsipielle betraktninger.	 S. 8
3.1. Personvern i helsetjenesten.	S. 8
3.2. NAV Pasientformidling og B-tilbud til ruspasienter.	S. 10
3.3. Ørkeslaus venting i Mottakelsen ved Sykehuset Levanger.	S. 11
3.4. Om forhold ved fødsler og om læring av feil.	S. 12
3.5. Forhandsvarsla brudd på individuell behandlingsfrist.	S. 13
3.6. Den sømlause helsetjenesten – keiserens nye klær?	S. 14
3.7. Helsetjenestens omdømme.	S. 15

Vedlegg:

- 1-5: Diagrammer.
- 6: Pasientrettighetslovas bestemmelser om pasientombud.

1. Drifts- og organisatoriske forhold.

1.1. Formål, organisering, arbeidsområde, kontorforhold og bemanning.

Pasientombudsordninga er regulert i Pasientrettighetslovas kap. 8 (*vedlegg 6*). Ombudet skal arbeide for å ivareta pasienters behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten og bidra til å bedre kvaliteten på tjenesten. Pasientombudet er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet. Den faglige virksomheten er sjølstendig og uavhengig.

Arbeidsområdet er offentlig spesialisthelsetjeneste. Fra 01.09.09 innlemmes kommunenes helse- og sosialtjenester med noen unntak. Navnet endres til Pasient- og brukerombudet.

Pasientombudet i Nord-Trøndelag har hovedkontor i Fylkets hus i Steinkjer. Det er hyppige kontortider ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Ombudsfunksjonen innehas av Kjell J. Vang mens Anne Berit Lundås er konsulent i 80 % stilling.

1.2. Arbeidets art.

Kjernevirksomheten retter seg mot henvendelser fra pasienter og pårørende. I tillegg satses det mye på informasjon, foredrag og undervisning om rolle og funksjon, lovgivning, kommunikasjon og etikk. Pasientombudet har god kontakt med presse og media.

1.3. Samarbeid.

Pasientombudet har åpne kanaler mot alle nivå i Helse Nord-Trøndelag HF, og dialogen med Helsetilsynet i Nord-Trøndelag er tett og oppleves som særdeles konstruktiv, både gjennom hyppig ad-hoc-kontakt og i halvårlige møter.

Regionens pasientombud har halvårlige møter med ledelsen i Helse Midt-Norge RHF. Alle tilsatte ved ombudskontora i Midt-Norge har for øvrig felles fagsamlinger tre ganger i året.

Landets pasientombud har årlige møter med Norsk Pasientskadeerstatning og Statens helsetilsyn. Det er hyppig kontakt med Helsedirektoratet.

Pasientombuda møtes jamnlig. Kollegiet har oppnevnt et styre / arbeidsutvalg på fem medlemmer der Pasientombudet i Nord-Trøndelag, Kjell J. Vang, er nestleder.

1.4. Oversikt over utadretta virksomhet / undervisning / møter / konferanser m.m.

- 08.01.08: Verdal: Foredrag i interesseorganisasjon.
- 09.01.08: Oslo: Årlig møte med Statens helsetilsyn.
- 10.01.08: Oslo: Pasientombud(PO)kollegiet.
- 14.01.08: Oslo: PO-kollegiets styre i møte med ledelsen i Helsedirektoratet.
- 05.-07.02.08: Trondheim: PO-kollegiets styre.
- 11.-12.02.08: Stjørdal: Regionmøte PO-kontora i Midt-Norge.

13.02.08: Sykehuset Levanger: Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag (HNT).
 13.02.08: Steinkjer: Halvårlig møte med Helsetilsynet i Nord-Trøndelag.
 14.02.08: Sykehuset Levanger: Foredrag i interesseorganisasjon.
 03.-04.03.08: Oslo: Konferanse for alle ansatte ved landets PO-kontor.
 05.03.08: Oslo: PO-kollegiets styre.
 10.-11.03.08: Lillehammer: Den 2. nasjonale helserettskonferansen.
 12.03.08: Levanger: Undervisning for personell i pleie- og omsorgstjenesten.
 13.03.08: Levanger: Undervisning for elever i videregående skole.
 31.03.08: Namsos: Foredrag i interesseorganisasjoner.
 07.04.08: Malm: Foredrag i interesseorganisasjon.
 15.04.08: Steinkjer: Foredrag i fagorganisasjon.
 16.04.08: Oslo: Møte med leverandør og utvikler av dataprogram.
 16.04.08: Oslo: Deltaking ved intervju av søkere til PO-stilling i anna fylke.
 17.04.08: Oslo: 25 års jubileumsseminar for Norsk Pasientskadeerstatning.
 23.-24.04.08: Trondheim og Værnes: PO-kollegiets styre.
 28.04.08: Sykehuset Levanger: Styremøte i HNT.
 30.04.08: Stjørdal: Halvårlig møte med ledelsen i Helse Midt-Norge (HMN).
 06.-07.05.08: Oslo: Helsekonferansen 2008.
 22.05.08: Sykehuset Namsos: Foredrag i klinikkråd ved Kirurgisk klinikk.
 26.-27.05.08: Trondheim: Regionmøte PO-kontora i Midt-Norge.
 02.-04.06.08: Trondheim: PO-kollegiet.
 12.06.08: Sykehuset Levanger: Brukerutvalget i HNT.
 21.08.08: Namdalseid: Foredrag ved fagdag for Ortopedisk avd., Sykehuset Namsos.
 01.09.08: Sykehuset Levanger: Foredrag i interesseorganisasjon.
 04.09.08: Steinkjer: Halvårlig møte med Helsetilsynet i Nord-Trøndelag.
 08.-09.09.08: Oslo: PO-kollegiet.
 10.09.08: Oslo: Den 1. nasjonale pasientsikkerhetskonferansen.
 11.-12.09.08: Gardermoen: Helsedirektoratets konferanse om kap. 4A i pasientrettighetslova (prl.).
 23.09.08: Steinkjer: Foredrag i fylkestingets komité for utdanning, kultur og helse.
 25.09.08: Verdal: Møte med interesseorganisasjon.
 26.09.08: Oslo: Arbeidsgruppe i PO-kollegiet.
 01.10.08: Stjørdal: Festtale / foredrag Eldres dag.
 02.10.08: Levanger: Kurs for interesseorganisasjon.
 21.10.08: Steinkjer: Foredrag ved fylkesmannens kurs for kommuner om prl. kap. 4A.
 22.10.08: Namsos: Foredrag ved fylkesmannens kurs for kommuner om prl. kap. 4A.
 29.10.08: Oslo: Årlig møte med Norsk Pasientskadeerstatning.
 30.10.08: Oslo: PO-kollegiet.
 31.10.08: Oslo: Møte i Helsedirektoratet.
 03.-04.11.08: Kristiansund: Regionmøte PO-kontora i Midt-Norge.
 06.11.08: Frosta: Foredrag i interesseorganisasjon.
 13.11.08: Stjørdal: Halvårlig møte med ledelsen i HMN.
 20.11.08: Steinkjer: Foredrag ved fylkesmannens konferanse om styrking av brukeren.
 04.-05.12.08: Oslo: PO-kollegiets styre.
 05.12.08: Oslo: Fredagsseminar i Helsedirektoratet.
 10.12.08: Sykehuset Levanger: Paneldeltaker ved opplæring i prl. kap. 4A.
 11.12.08: Sykehuset Namsos: Paneldeltaker ved opplæring i prl. kap. 4A.
 17.12.08: Oslo: PO-kollegiets styre.
 17.12.08: Oslo: Møte i Helsedirektoratet.
 18.12.08: Oslo: Møte med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

2. Saker, saksbehandling og statistikk.

2.1. Antall henvendelser.

En skiller mellom *forespørsler* (Pasientombudet opptretr ikke på klientens vegne) og *saker* (Pasientombudet opptretr på klientens vegne). I 2008 fordeler registreringa seg slik:

	<u>Forespørsler:</u>	<u>Saker:</u>	<u>Henvendelser totalt:</u>
Antall:	291 (337 i -07)	72 (61 i -07)	363 (398 i -07)

Antall henvendelser er i 2008 **redusert med 8,8 %** (4,7 % auke fra 2006 til 2007).

I 2008 er **354 henvendelser avslutta** (404 i 2007), **290 forespørsler** og **64 saker**. 306 av henvendelsene debuterte i 2008, 36 i 2007, 11 i 2006 og 1 i 2005.

80,2 % av henvendelsene ble **bilagt** uten at Pasientombudet foretok seg noe på vegne av klienten (84,7 % i 2007) mens **19,8 %** fikk **aktiv bistand** til kontakt med tjenesteyter, helsepersonell eller sjukehusledelse, skriftlig klage, søknad om erstatning eller andre tiltak.

2.2. Alder og kjønn.

Aldersfordelinga er vist i *vedlegg 1*. *De eldste aldersgruppene (over 60 år)* utgjorde i 2008 **29 %** av statistikken (29 % i 2007). *Gruppa 41-60 år* stod for **28 %** av henvendelsene (28 % i 2007), mens *alderen 21-40 år* utgjorde **22 %** (14 % i 2007). *Gruppa under 20 år* var på **4 %** (5 % i 2007), mens det **ikke ble registrert alder** på **17 %** av dem som henvendte seg i 2008 (24 % i 2007).

De fleste henvendelsene i 2008 gjaldt **kvinner, 196** (219 i 2007), mens **165** gjaldt **menn** (177 i 2007). I to tilfeller er det ikke registrert kjønn. Fordelinga er **54,3 % kvinner** og **45,7 % menn** (55,3/44,7 i 2007). **Mannsandelen aukte med 1 prosentpoeng** sammenlikna med året før og har aldri tidligere vært så høg.

2.3. Fordeling på institusjoner.

Nedafor, og i *vedlegg 2*, framstilles *fordelinga av henvendelser på institusjoner*. I oversikten er medtatt Sykehuset Levanger (SHL), Sykehuset Namsos (SHN), St. Olavs Hospital (SOH), andre sjukehus i Helse Midt-Norge (HMN), sjukehus utafor helseregionen (SUH), private tjenesteytere (PRI), kommunehelsetjenesten (KOM), trygd (TRY), utafor saksområdet (USA) og ukjent (UKJ).

	<u>Forespørsler:</u>	<u>Saker:</u>	<u>Henvendelser totalt:</u>
SHL:	94 (102 i -07)	22 (28 i -07)	116 (130 i -07)
SHN:	56 (52 i -07)	14 (14 i -07)	70 (66 i -07)
SOH:	27 (41 i -07)	6 (8 i -07)	33 (49 i -07)
HMN:	4 (3 i -07)	4 (2 i -07)	8 (5 i -07)
SUH:	4 (9 i -07)	1 (0 i -07)	5 (9 i -07)

PRI:	14 (16 i -07)	9 (1 i -07)	23 (17 i -07)
KOM:	61 (63 i -07)	12 (6 i -07)	73 (69 i -07)
TRY:	6 (10 i -07)	3 (2 i -07)	9 (12 i -07)
USA:	9 (15 i -07)	0 (0 i -07)	9 (15 i -07)
UKJ:	14 (26 i -07)	1 (0 i -07)	15 (26 i -07)

Andelen henvendelser for **Sykehuset Levanger** er **32 %** (33 % i 2007), for **Sykehuset Namsos** **19 %** (17 % i 2007) og for **St. Olavs Hospital** **9 %** (12 % i 2007).

Antall henvendelser om **kommunehelsetjenesten** var på **73** (69 i 2007). Dette utgjør **20 %** av alle henvendelsene (17 % i 2007).

2.4. Fordeling på medisinske hovedområder.

I 2008 har **275 henvendelser** / **76 %** (2007: 307 / 78 %) dreid seg om **somatikk** mens tallet for **psykiatri** var **40 / 11 %** (36 voksenpsykiatri og 4 barne- og ungdomspsykiatri) (2007: 52 / 13 %). Resten er **18 henvendelser** om **rus** (2007: 8) og **29 henvendelser** med **ukjent** hovedområde (2007: 31). Psykiatri og rus oppfattes fortsatt å være underrepresentert sjøl om tallet på henvendelser ved rus er mer enn fordobla sammenlikna med året før.

Vedlegg 3 viser fordeling av **henvendelser på medisinske områder**.

For **ortopedi** har antallet henvendelser sunket fra 2003 til 2008. **Øvrig kirurgi** har tidligere vist auke, men sank igjen i 2008. Antallet for de to områda var i 2008 **hhv. 50 og 42** (67 og 56 i 2007). **Ortopediens andel** utgjorde dermed **14 %** (17 % i 2007) mens **øvrig kirurgi** hadde en andel på **12 %** (14 % i 2007).

Geriatrici, nevrologi, onkologi, rehabilitering / habilitering, revmatologi og annen medisin utgjorde i 2008 **105 henvendelser** (samme som i 2007) og fikk en andel på **29 %** (26 % i 2007). Det er små svingninger innafor de enkelte områda sammenlikna med året før.

2.5. Erstatningssaker.

	<u>Forespørsler:</u>	<u>Saker:</u>	<u>Henvendelser totalt:</u>
NPE-erstatning:	79 (109 i -07)	18 (14 i -07)	97 (123 i -07)
Billighetserstatning:	0 (0 i -07)	1 (1 i -07)	1 (1 i -07)
Legemiddelerstatning:	1 (1 i -07)	0 (0 i -07)	1 (1 i -07)

Talla viser ikke resultat i erstatningssaker og heller ikke hvor mange saker som totalt er meldt inn fra Nord-Trøndelag. De viser bare hvor mange ganger Pasientombudet har hatt befatning med forhold der det ønskes informasjon om eller bistand rundt spørsmål om erstatning.

2.6. Henvendelsesgrunner.

Vedlegg 4 og 5 viser grunner folk oppgir for å ta kontakt. Forhold rundt **rettigheter i pasientrettighetslova** er framstilt i **vedlegg 4**. Enkelte rettigheter er ikke tatt med i diagrammet, rett og slett fordi tallene er forsvinnende lave (individuell plan, sjuketransport).

Brudd på rett til **informasjon, medvirkning og samtykke** tas hyppigst fram som henvendelsesgrunn. I klagestatistikken framkommer dette **81 ganger** (74 i 2007) og utgjør **22 %** av alle henvendelsene (19 % i 2007). For øvrig merker vi oss at antallet henvendelser om brudd på rett til **nødvendig helsehjelp** gjør et kraftig byks til **54 (= 15 %)** i 2008 (23 = 6 % i 2007).

Vedlegg 5 viser henvendelser om **andre forhold enn de lovbestemte pasientrettighetene**. **Pasientskade / komplikasjon** er dominerende grunn til å ta kontakt og er registrert i **77 henvendelser** (21 %, 23 % i 2007). Derneft kommer **oppfølging / manglende henvisning** (63 = 17 %, 15 % i 2007), **feil / sein diagnose** (60 = 17 %, 15 % i 2007), og **heilhetlig, omsorgsfull behandling** (57 = 16 %, 15 % i 2007). Mangler ved **rutiner, system og samarbeid** mellom helsepersonell og institusjoner er tatt opp i **51 henvendelser** (= 14 %, 13 % i 2007). I **35 tilfeller** har **medisinering** fått fokus, og helsepersonells **oppførsel** er tema i **22 henvendelser**.

2.7. Diverse statistikk.

Henvendelser ved pårørende:	117	(151 i 2007)
Herav er pasienten død:	12	(12 i 2007)
Død før sakas slutt:	2	(2 i 2007)
Pasienten er innlagt i institusjon v/ klage:	42	(46 i 2007)
Henvist av helsepersonell:	47	(45 i 2007)
«Psykiatisering» av somatisk lidelse:	9	(6 i 2007)
Prinsipielle saker:	39	(22 i 2007)
Oversendt tilsynsmyndighet:	37	(31 i 2007)

Av disse talla merker en seg følgende:

- En tredel av henvendelsene kommer fra pårørende.
- Stadig flere oppgir at helsepersonell har anbefalt kontakt med Pasientombudet.
- 2008 viser den største andelen saker sendt til Helsetilsynet i løpet av ett år (10 %).
- Flere saker (11 %) anses å være av prinsipiell karakter.

3. Generelle / prinsipielle betraktninger.

I dette kapitlet drøftes noen prinsipielle problemstillinger som er generert av henvendelser Pasientombudet har fått gjennom året. Forholda som tas opp her, er på ingen måte uttømmende for sakstilfanget. Det er heller ikke sånn at tema som ikke drøftes her, nødvendigvis er mindre vesentlige enn de som får fokus. Det er nødvendig å begrense omfanget av rapporten. Videre er mange forhold som er meldt inn til Pasientombudet i 2008, drøfta i tidligere årsrapporter. Jeg viser særlig til brei drøfting av brudd på pasientrettigheter i tilsvarende årsrapport for 2007. Mye som er skrevet tidligere har altså fortsatt gyldighet. Det betyr at det neppe er særlig grunn til å puste ut i forhold til mange av de tidligere påpeikingene.

3.1. Personvern i helsetjenesten.

Gjennom flere år har Pasientombudet vært opptatt av folks personvern i møtet med helsetjenesten. Jeg oppfatter at personvernet stadig settes under press. Personlig og sensitiv informasjon lagres, innhentes og brukes. Mange veit mye om oss. Pasienter har et rettsvern mot spredning av opplysninger (pasientrettighetslova § 3-6), men spørsmålet er om vernet rekker langt nok.

Med jamne mellomrom hører vi om helsepersonell som skaffer seg adgang til pasientjournaler uten annen hensikt enn å tilfredsstille egen nysgjerrighet. "Alles" tilgangsmulighet til elektroniske journaler (EPJ) gjør meg utrygg. Jeg var skeptisk allerede da EPJ ble lansert. Datafolk smilte oppgitt og sa at når det legges igjen "elektroniske spor", vil det være avskrekkende for helsepersonell.

Datafolka tok feil. Det foregår snoking. Jeg veit ikke hvilket omfang snokinga har, men jeg trur at de tilfella som avsløres, bare er toppen av isfjellet. Flere avsløringer kommer nemlig "tilfeldig", altså ikke etter systematisk kontroll, men ved at pasienten plutselig får mistanke om at opplysninger er havna der de ikke skulle.

Sak 2008/0066: En mann fikk fra en nabo høre igjen sensitive opplysninger om egne blodprøveresultat og egen tentativ diagnose. Han kunne ikke forstå anna enn at opplysningene måtte ha kommet fra en ansatt ved sjukehuset. Han ble informert om muligheten til å kreve utskrift av loggen på sin journal, men ønska ikke å sette i gang noe stort apparat. Det var viktig for ham å informere Pasientombudet om mulig snoking.

Statens helsetilsyn har uttrykt seg bekymra i et brev til Helse- og omsorgsdepartementet: "...muligheten for å avdekke snoking, og risikoen for å bli tatt for slikt, (er) så lav at det har utilstrekkelig preventiv effekt". Når personvernrefleksjonen ikke sitter i ryggmargen hos helsepersonell, virker tydeligvis ikke trusselen om avsløring avskrekkende nok.

Nå er lovgivninga skjerpa. Helsepersonell skal ikke lenger bare ha taushetsplikt, men det blir straffbart å tilegne seg pasientopplysninger en ikke trenger i arbeidet. Det er bra, tenker jeg, men bærer en nagende tvil til hvorvidt dette er tilstrekkelig. Egentlig burde helsepersonell overhodet ikke ha tilgang til opplysninger de ikke trenger.

Et anna forhold som truer personvernet, er en aukende bruk av internkontroll og –revisjoner. For å kunne kontrollere og revidere etter intensjonen, må nemlig pasientjournaler granskes for å finne ut av om alt har fungert som det skal. En bestemmelse i helsepersonellova sier at i slike tilfeller skal opplysningene fra journalen ”gis uten individualiserende kjennetegn”.

Dette kravet brytes, og da jeg tok det opp med ei aktuell avdeling i Helse Nord-Trøndelag HF, fikk jeg til svar at det ikke var hensiktsmessig å foreta anonymisering. Det ble for mye arbeid.

Svaret er ei relativisering av norsk lov som ikke hører heime noe sted. Jeg oversendte derfor forholdet til Helsetilsynet i Nord-Trøndelag som skrev ei betydelig utgreiing og sendte den til Helsedirektoratet som ikke har avgitt sitt svar ennå.

Våren 2008 ble det en del mediestøy rundt et anna forhold som oppstod som en trussel mot personvernet. Det dreide seg om ny form for koding av blåresepter. Gjennom reseptene får apotekansatte fri adgang til pasientens diagnose. Og mistes resepten, kan enhver som finner den, med letthet leite seg fram til hvilken diagnose som gjelder for denne pasienten.

Vi husker også oppslaga om legen som fikk besøk av NAVs kontrollorgan som tok med seg et antall journaler fra legens kontor. Ingen pasienter hadde gitt samtykke. Hensikten var å kontrollere legen for å unngå misbruk av trygdens midler, en kontroll som ble iverksatt på bekostning av flere pasienters rett til personvern.

Pasienter tar opp ytterligere et forhold med Pasientombudet. Det dreier seg om helsepersonells ubetenksomhet og uforsiktighet.

Sak 2008/0054: En mann lå i koma etter ei ulykke. I denne perioden ga helsepersonell informasjon om ham til en tidligere samboer som ikke var nærmeste pårørende. I ettertid ønska mannen å påklage forholdet til Helsetilsynet.

Sak 2008/0260: Ei kvinne var til kontroll hos sjukehuslege. Under konsultasjonen prata legen i telefon om en annen pasient. Pasientens navn og personnummer ble oppgitt, og pasienten ble diskutert høglytt.

Sak 2008/0295: Ei kvinne lå og venta på dagkirurgisk inngrep. I rommet lå to andre pasienter. Da det var kvinna tur, ringte legen til et anna sjukehus for å få noen ekstra opplysninger. I samtalen ble personidentifiserbar og sensitiv informasjon utveksla, og kvinna var opprørt over at de andre pasientene kunne høre det som ble sagt om henne.

Min konklusjon er at det er dårlige tider for personvernet. Det fins riktignok regelverk som er meint å skulle skjerme oss. Men vi skjermes ikke godt nok. Vi trues av helsepersonells nysgjerrighet, ubetenksomhet, relativisering og tilsidesetting av lovverk på bakgrunn av hensiktsmessighetsvurderinger, offentlige ordninger som uthuler vernet, og kontrolltiltak der en gløkker å verne om pasienters sårbarhet og integritet.

Antakelig veit for mange for mye om oss. En trenger ikke å være paranoid for å meine det. Konsekvensen kan bli at tilliten til helsetjenesten smuldrer i takt med at flere og flere får vite mer og mer. I verste fall kan folk vegre seg mot å kontakte helsetjenesten når de bør det, fordi de ikke ønsker at opplysninger om dem skal komme uvedkommende for øret.

Det er et kjempesvært tankekors at disse forholda fins i helsetjenesten. For nettopp helsetjenesten, som er der for å legge vernende hender på oss og rundt oss, burde gå foran i personvernet. Den burde vært sjølve garantisten. Det er den ikke i dag.

3.2. NAV Pasientformidling og B-tilbud til ruspasienter.

Pasientombudet snappa høsten 2008 opp signal om at NAV Pasientformidling hadde inngått avtaler med flere private institusjoner som har etablert tilbud for behandling av ruspasienter. Disse har ikke avtaler med regionale helseforetak og er følgelig ikke en del av spesialisthelsetjenesten. Likevel er det NAV Pasientformidlings idé at institusjonene skal tas i bruk for ruspasienter som har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og som erfarer at individuell behandlingsfrist blir brutt.

Mye tyder på at NAV har etablert ei systematisering av A- og B-tilbud til ruspasienter. Det er nemlig vanskelig å se at pasientformidlingas avtaleinstitusjoner virkelig er i stand til å yte helsehjelp på spesialistnivå.

Da jeg også begynte å få henvendelser fra ruspasienter, sendte jeg i november brev til NAV Pasientformidling der jeg uttrykte bekymring for at retten til nødvendig helsehjelp (pasientrettighetslova (prl.) § 2-1) ikke blir innfridd, at retten til informasjon (prl. § 3-2) ikke blir overholdt, og at det reserveprega behandlingstilbudet ikke oppfyller krava til forsvarlighet (spesialisthelsetjenestelova § 2-2 og helsepersonellova § 4).

I tillegg stilte jeg ei rekke spørsmål om godkjenning av instansene som spesialisthelsetjeneste, omfanget av avtaler, krav til kompetanse / bemanning / behandlingsopplegg og forholdet mellom NAV og de regionale helseforetakas "sørge-for"-ansvar. Jeg spurte om NAV også ville opprette liknende behandlingstilbud for somatiske pasienter med fristbrudd, eller om slike B-tilbud er forbeholdt ruspasienter og pasienter med sammensatte diagnoser med sterke innslag av psykiatri. I tillegg ønska jeg redegjort for hvilken erstatningsordning som vil gjelde for de aktuelle pasientene.

Før jeg sendte brevet, var jeg i kontakt med fagfolk og ledere innen rusbehandling. Jeg fikk bekrefta at flere delte Pasientombudets bekymring. Også andre av landets pasientombud hadde mottatt henvendelser fra ruspasienter som opplevde at tilbudet de hadde fått gjennom NAV, ikke var godt nok.

Forholdet har påkalt medias interesse, og NRK Dagsnytt sendte saka som nyhetsoppslag med intervju av en ruspasient og Pasientombudet i Nord-Trøndelag. Deretter fulgte NRK bredt opp gjennom P2's nyhetsmorgen og Alltid nyheter. Radioomtalen førte til at Arbeids- og velferdsdirektoratet tok kontakt og ønska mer bakgrunn for saka. Det ble uttrykt at forholdet skulle bli iaktatt videre.

Svaret fra NAV pasientformidling erkjente at aktuelle institusjoner ikke har noen form for godkjenning på spesialisthelsetjenestenivå. Likevel meiner pasientformidlinga at pasienter som kanaliseres til disse, får et tilsvarende godt tilbud som pasienter ved institusjoner som har avtaler med regionale helseforetak. Det ble vist til kravspesifikasjoner og rammeavtaler som NAV Pasientformidling hevder ivaretar kvaliteten og de nødvendige krava til kompetanse.

Etter dette valgte jeg å sende saka til Helsedirektoratet for vurdering. Jeg skrev også en kronikk som fikk plass på Dagens Medisins nettsider ei uke før jul, se <http://www.dagensmedisin.no/kronikor/2008/12/17/naiv-pasientformidling/index.xml> .

Omtrent samtidig fikk jeg skriftlig klage fra seks ruspasienter ved én av pasientformidlingas avtaleinstitusjoner.

Sak 2008/0354, 2008/0356, 2008/0357, 2008/0358, 2008/0359, 2008/0360: De fleste av disse seks (fem menn og ei kvinne) er henvist til samme institusjon etter fristbrudd. De har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Klagerne reiser tvil om den faglige kompetansen ved institusjonen. De var bl. a. lovt samtale med psykolog en gang i uka, men hadde fått en time i løpet av to måneder. Klagerne retter særlig fokus mot manglende kompetanse overfor dobbeltdiagnoser, og de peiker på mangelfull medisinerings på grunn av mangel på kompetent medisinsk personell. Noen av de seks har tatt kontakt med NAV Pasientformidling og fortalt om sin misnøye med institusjonen. Der har de bare fått beskjed om at pasientformidlingas ansvar opphører når pasienter takker ja til tilbudet ved institusjonen. Hvis de ønsker seg et annet sted, må de kontakte henvisende instans og starte prosessen på nytt. Klagen fra de seks er av Pasientombudet sendt til Helsetilsynet i fylket for å få vurdert forsvarligheten ved behandlingstilbudet og hvorvidt retten til nødvendig helsehjelp er oppfylt.

Nå avventes både Helsetilsynets behandling av de konkrete sakene og Helsedirektoratets vurdering av de prinsipielle forholda. Rett før jul fikk Pasientombudet invitasjon til å delta i møte med NAV Pasientformidling og det overordna organet i Helsedirektoratet for drøfting av saka. Fra mi side vil det bli fastholdt at også ruspasienter skal være sikra behandling med høy kvalitet og kompetanse. I dag er mange av NAV Pasientformidlings avtaleinstitusjoner i det heile tatt ikke i stand til å yte den helsehjelpa som faktisk trengs.

3.3. Ørkeslaus venting i Mottakelsen ved Sykehuset Levanger.

Vi har gjennom året mottatt flere henvendelser der det fortelles om mange timers venting i Mottakelsen ved Sykehuset Levanger (SHL). Forholdet opptrer både ved akuttinnleggelser, elektive innleggelser og overflytting fra annen sjukehus. Her er noen av dem:

2007/0388: En mann ble sendt fra legevakt til SHL etter mistanke om hjerneblødning eller annen alvorlig tilstand i hjernen. Først etter to timer i mottakelsen ble han tilsett av lege som la ham inn. Det ble konstatert hjernetumor. Etter operasjon ved universitetssjukehus ble han sendt tilbake til SHL. Sliten og delvis desorientert måtte han vente i mottakelsen i fem timer uten mat og drikke før han ble tatt med opp på sengeposten. Pårørende klaga skriftlig til sjukehuset, fikk beklagelse, og det ble informert om nye tiltak for å forhindre at det samme skulle skje igjen. Litt etter fikk Pasientombudet rapport om at det samme hadde skjedd for tredje gangen med samme pasient. Jeg tok kontakt med leder for mottakelsen som bedyrte at forholdet har stor oppmerksomhet, og en var i ferd med å snu enhver stein for å forbedre rutinene slik at pasienter skulle slippe å vente lenge.

2008/0056: En mann ble etter hjerteoperasjon overført fra universitetssjukehus til SHL på en høgtidsdag. Han fikk ikke mat før han sjøl ba om det etter 2 ½ timer. Først etter å ha ventet totalt i 5 ½ timer ble han sendt opp på sengeposten. Pårørende fikk ikke tilbud om noe å spise, og både kantine og kiosk var stengt. Pasient og pårørende sendte sjøl klage til SHL, og Pasientombudet kjenner ikke til innholdet i svaret.

2008/0325: En mann var overført til SHL etter hjerteoperasjon ved universitetssjukehus. Han fikk beskjed om at legen ville komme straks. Likevel gikk det 3 ½ timer før legen kom. Mannen var medtatt og sliten og spurte flere ganger om å få dra opp på sengeposten. Det fikk han ikke. Han var oppe på rommet sitt først 4 timer og 20 minutter etter ankomst til SHL. Han ønska Pasientombudets bistand til å klage, og i oppsummeringa av klagen viste jeg til at SHL ved flere anledninger tidligere har sagt at forholda skulle utbedres uten at det har hatt særlig effekt. I brevet skriver jeg at forholda i mottakelsen ser ut til å være prega av tvangsmessige og rituelle øvelser som pasienter må finne seg i å gjennomgå, og adekvat informasjon til pasienter om mulig forestående ventetid etterlyses. Det foreligger ikke svar fra SHL ennå.

Historiene beskriver det som kort og godt kan karakteriseres som umenneskelige forhold i Mottakelsen ved SHL. Her trengs det mer enn fine ord om endringer. Det handler om at pasienter i mange tilfeller bør kunne sendes rett opp til sengeavdelinga. For eksempel må journalopptak kunne utsettes, og svært ofte fins det mer enn tilstrekkelig med opplysninger i allerede eksisterende journalmaterieell. Mange pasienter, for eksempel de som overføres fra andre sjukehus, er gjennomundersøkt fra før og trenger absolutt ingen ny gjennomgang ved ankomst til SHL. Det er også åpenbart hvilken sengepost de skal legges inn ved. Forholdet handler videre om relevant informasjon til pasient om hvor lang ventetid som kan påregnes, i de tilfella det vil være nødvendig å vente til lege kommer. Og sist men ikke minst: Det må i mye større grad tas hensyn til de mest basale behova som kvile, mat og drikke, også til medfølgende pårørende.

I tillegg til henvendelsene Pasientombudet har mottatt, er flere liknende saker omtalt i media. Som det framgår av en av sakene ovafor, har jeg også hatt direkte kontakt med avdelingsledelsen. Det skjedde for ca. et år sia. Da ble det lovt fokus på problemet (det er et **problem**, og ikke bare ei utfordring som adm. dir. Arne Flaata har kalt det), og det skulle iverksettes tiltak for forbedring.

Jeg kan ikke se at løftet er innfridd, og jeg har rett og slett ingen som helst forståelse for at forholda må være sånn som de beskrives i pasientenes fortellinger. Situasjonen er intet mindre enn et signal om dårlig lederskap.

3.4. Om forhold ved fødsler og om læring av feil.

Pasientombudet har gjennom åra fått ei rekke henvendelser om forhold ved fødsler ved Sykehuset Levanger. Flere av dem er også omtalt i media. Tre gjengis summarisk her:

2007/0308: Barnet døde intrauterint 12 dager etter termin, og fødsel ble gjennomført dagen etter. De foregående dagene ble mor undersøkt ved sjukehuset ved flere anledninger. Til tross for tegn på svangerskapsforgiftning, begynnende morkakesvikt, størrelsesavvik på barnet, unormal CTG og feil gjennomført dopplerundersøkelse ble det ikke iverksatt tiltak. Noen måneder etter tok foreldra kontakt med Pasientombudet som på deres vegne sendte saka til Helsetilsynet med påstand om ikke forsvarlig helsehjelp. Det ble også påpekt mangelfull journalføring og vist til at morkaka ikke ble sendt til gransking etter dødfødselen. Helsetilsynets sakkyndige konkluderte med at fødsel burde vært igangsatt på et tidligere tidspunkt og at journalføringa var mangelfull. Videre stilte sakkyndige kritiske spørsmål til sjukehusets rutiner. Helsetilsynet slutta seg til sakkyndiges vurderinger og meinte at helsepersonell ikke har forholdt seg etter faglige retningslinjer og dermed handla uforsvarlig. Journalføringa ble også kritisert, og Helsetilsynet meinte at virksomheten ved fødeavdelinga ikke var organisert godt nok for at helsepersonell kan overholde lovpålagte plikter. Helsetilsynet i fylket sendte saka til Statens helsetilsyn for vurdering av administrative reaksjoner mot tre leger og Sykehuset Levanger. Statens helsetilsyn har angitt at saka vil kunne være ferdigbehandla i løpet av første halvår 2009.

2007/0375: Kvinna ble undersøkt noen dager over termin, og funn gjorde at induksjon ble bestemt. Samtidig ble det fastslått at dette var en "Rød fødsel" (behov for ekstra overvåking). Det ble foretatt CTG-registreringer i en periode, og disse viste normale forhold. Registrering ble imidlertid siste gang gjort flere timer før fødselen var avslutta, og barnet ble født uten hjerteaktivitet og respirasjon. Det ble iverksatt resuscitering uten resultat. Etter foreldras kontakt med Pasientombudet ble saka sendt til Helsetilsynet med spørsmål både rundt overvåkinga av fødselen og rundt forsøk på gjenoppliving. Helsetilsynets sakkyndige på fødsler uttalte at overvåkinga ikke var etter retningslinjene og dermed i strid med forsvarlighetskravet. Det ble også innhenta sakkyndiguttalelse om forholda ved resuscitering. Den sakkyndige påpekte flere sviktforhold under gjenopplivinga. Helsetilsynet slutta seg til vurderingene fra de sakkyndige og konkluderte med brudd på forsvarlighetskravet både under gjennomføringa av fødselen og ved den påfølgende gjenopplivinga. Helsetilsynet meinte at det er

grunn til å tru at forsvarlig gjennomført rescuscitering kunne ha gitt et anna resultat. Spesielt fant Helsetilsynet ei rekke systemfeil ved sjukehuset, først og fremst i forhold til organiseringa av barnemedisinske tjenester ved gjenoppliving av nyfødte. Det ble konkludert med overtredelse av helselovgivninga på systemnivå, og Sykehuset Levanger er pålagt å redegjøre for tiltak for å forhindre liknende tilfeller i framtida. Saka er avslutta hos Pasientombudet.

2008/0076: Ei drøy uke over termin opplevde kvinna at hun ikke lenger kjente liv i magen. Hun tok kontakt med sjukehuset på natta og ble undersøkt, bl. a. med CTG-registrering som hun oppfatta ikke var heilt bra. Hun ba derfor om at jordmor tok kontakt med lege, men legen ville ikke komme. Kvinna ble sendt heim og bedt om å komme tilbake på morgenen. Da ble det umiddelbart tatt beslutning om sectio, men denne ble gjennomført først drøye to timer seinere. Etter fødselen var barnet slapt, og kvinna ba om rask undersøkelse av barnelege. Likevel tok det ytterligere to timer før vidare tiltak ble satt i gang og O2-mangel og lav blodsukker verdi ble avdekt. Barnet ble for øvrig født med hjerneinfarkt. Etter at kvinna kontakta Pasientombudet, ble saka sendt til Helsetilsynet med krav om granskning i forhold til forsvarlighetskravet. Det ble bl.a. stilt spørsmål om nødvendig overvåking, tidspunkt for iverksetting av sectio, og tidspunkt for undersøkelser etter fødselen. I egne uttalelser har sjukehuset meint at deres handtering var forsvarlig og etter gjeldende rutiner og retningslinjer. Kvinna og pårørende som deltok ved heile fødselsforløpet, har overfor Helsetilsynet kommentert uttalelsene. Helsetilsynet har tilkjennegitt at uavhengig medisinsk faglig vurdering vil foreligge i løpet av relativt kort tid.

I forbindelse med at én av disse sakene ble omtalt i media i desember, uttalte fylkeslege Marit D. Kverkild at det hvert år behandles fem til sju alvorlige fødselssaker i Helsetilsynet i Nord-Trøndelag (Adresseavisen 18.12.08). Hun sa også at det bare er unntaksvis i slike saker at sjukehuset ikke får kritikk.

I samme avis dagen før, på bakgrunn av Helsetilsynets kritikk i den konkrete saka, hevda avdelingsoverlege Ivar Haarstad ved fødeavdelinga i Sykehuset Levanger at det handla om ”uheldige omstendigheter”. Denne ordbruken resulterte i et leserinnlegg (Adresseavisen 23.12.08) der jeg meinte at avdelingsoverlegens formulering tyda på bagatellisering eller et forsøk på forsvar. I innlegget drøfta jeg det landets pasientombud opplever ikke så reint sjelden: At avvik, feil og svikt ikke i tilstrekkelig grad fører til læring. ”Læringsgenerering og læringsspredning glimrer rett og slett med sitt fravær,” skrev jeg.

Det er Pasientombudets oppfatning at når sjukehus og helsepersonell får kritikk fra Helsetilsynet som kompetent organ, bør en i stedet for bagatellisering og forsvar innta en ydmjuk posisjon: Innrømme at jobben ikke er gjort godt nok, beklage konsekvensene dette fikk, og signalisere at alle krefter vil bli satt inn på å hindre at liknende skal gjenta seg. Det er også all grunn til å merke seg at i to av sakene som er gjengitt ovafor, rettes det sterk kritikk mot system og rutiner. Det er en soleklar lederoppgave å sørge for at de påviste hulla tettes og at kvaliteten forbedres.

3.5. Forhandsvarsla brudd på individuell behandlingsfrist.

2008/0120: En mann fikk fastsatt individuell behandlingsfrist for når operasjon seinest skulle bli gjennomført. I god tid før fristens utløp fikk han beskjed fra sjukehuset om at fristen ville bli overskredet med minst en måned. Han tok kontakt med NAV Pasientformidling for å få behandlinga ved anna sjukehus innen den samme fristen. Pasientformidlinga avviste mannen og ba ham ta ny kontakt når fristen faktisk var brutt. Da mannen henvendte seg til Pasientombudet, kontakta jeg ledelsen for NAV Pasientformidling som informerte om retningslinjene. Disse var tydelige på at pasientformidlinga først skal bistå når fristbruddet er et faktum.

Denne og andre saker med samme problemstilling gjorde at jeg tok opp forholdet med landets øvrige pasientombud. Fenomenet var kjent: Pasienter forhandsvarsles, ofte lang tid på

forhand, om brudd på behandlingsfrist, men får ingen bistand til å finne alternativt behandlingssted før fristen er utløpt.

På vegne av Pasientombudkollegiets styre sendte jeg deretter brev til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for avklaring av NAV Pasientformidlings rolle når pasient varsles av sjukehus om at tildelt behandlingsfrist vil bli brutt. HOD svarte at pasientformidlinga skal bistå når fristen er overskredet. Samtidig fastslo HOD at det er fristbruddsjukehusets plikt av eget tiltak å sørge for alternativt tilbud til pasient, f. eks. ved anna sjukehus, når en veit at behandlingsfristen vil bli overskredet.

HOD's svar resulterte i nytt brev fra Pasientombudkollegiets styre, denne gangen til de fire regionale helseforetaka. I brevet ba vi om svar på hvordan de regionale helseforetaka ville følge opp sjukehusas plikt til å skaffe alternativt behandlingstilbud når det er kjent at fristen vil bli brutt. Alle regionale helseforetak svarte at de ville innskjerpe denneplikten overfor sine sjukehus.

Pasientombudets kommentar er slik: Det vil være meningslaust å opprettholde en individuell behandlingsfrist som bygger på forsvarlighetsvurderinger hvis kunnskap om at fristen vil bli brutt, ikke skal føre til tiltak for pasienten. Ansvar for nødvendige tiltak ligger i slike tilfeller heilt og holdent på det sjukehuset som har fastsatt behandlingsfristen.

3.6. Den sømlause helsetjenesten – keiserens nye klær?

Det snakkes ofte om sømlaus helsetjeneste. Begrepet er sprunget ut fra ideologien om at helsetjenester skal gis mest mulig fleksibelt og på riktig nivå uten at pasienten skal møte hindringer. Foreløpig er avstanden stor mellom ideologi og virkelighet.

2008/0155: Kvinna har hatt langvarig kontakt med psykiatrien. Hun har ofte vært innlagt, men skrives fort ut igjen uten at det er organisert oppfølging i kommunen. Det er etablert individuell plan, men deler av helsetjenesten som skal ivareta kvinna, veit ikke om innholdet i planen eller unnlater å følge den. Samarbeidet mellom tjenestenivåa er mangelfullt og prega av ansvarspulverisering, og det er spørsmål om hvorvidt kvinna i det heile tatt får den helsehjelpa hun har krav på. I denne konkrete saka bistår Pasientombudet pårørende med å systematisere og konkretisere krav som kan rettes mot de ulike instansene i helsetjenesten.

2008/0315: Mannen oppsøkte legevakt på grunn av sterke smerter over tid. Legen starta behandling mot magesår, men ville ikke sende mannen til sjukehus. 14 dager seinere ble han innlagt. Verken mannen eller pårørende fikk informasjon fra lege om helsetilstanden, og det gikk ytterligere 14 dager fra prøver var tatt til det forelå svar som bekrefta cancer. Det mangla kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonell, og informasjon til pasient og pårørende var dårlig. Da mannen skulle utskrives, lopte sjukehuset å kontakte heimesjukepleien for å ordne nødvendig bistand og hjelpemidler. Dette ble ikke overholdt, og ingenting var lagt til rette da mannen kom heim. Mannens ektefelle skrev sjøl rapport til sjukehusets direktør, og svaret ga medhold i klagen på de fleste punkta.

2008/0353: Ved utskriving etter karoperasjon ble mannen overflytta til anna sjukehus der han skulle innlegges ved rehabiliteringsavdeling. Ved ankomst fikk han beskjed om at aktuelle avdeling var feriestengt. Han ble lagt i anna avdeling, men ble utskrevet og fikk ikke noe alternativt tilbud om rehabilitering. Mannen har sjøl sendt klagebrev til sjukehuset.

Det foreligger en god del saker av samme kaliber. Mottakende sjukehus er ikke varsla når pasient overføres fra anna sjukehus, kommunen er ikke varsla når pasient utskrives fra sjukehus, heimesjukepleie møter ikke opp når pasient kommer heim sjøl om dette er lovt, og pasienter på sjukehus får beskjed om å henvende seg til fastlegen for å bli henvist til annen

spesialitet på samme sjukehus i stedet for at sjukehuset ordner dette internt. Eksempla kan flerfoldiggjøres.

Foreløpig framstår den sømlause helsetjenesten bare som fine ord og keiserens nye klær. Det er langt fram til orda skaper virkelighet.

3.7. Helsetjenestens omdømme.

Det er ingen tvil om at de aller fleste som møter helsetjenesten, uttrykker tilfredshet. De er diagnostisert, de har fått behandling, de har møtt mange vennlige og omsorgsfulle helsearbeidere, og de føler seg godt ivaretatt.

Likevel kan det synes som de negative opplevelsene i sterkere grad enn før kommer til uttrykk, både i form av klagesaker og gjennom media. Det trenger ikke bety at folk blir dårligere ivaretatt enn tidligere. Det kan like gjerne handle om at folk oftere gjør noe med det de blir utsatt for av mindre trivelig karakter.

Stort sett har helsetjenesten et godt omdømme. Det hører vi da også litt og ofte fra ledere som mer enn gjerne benytter de fleste anledningene til å vise til positive tilbakemeldinger f. eks. fra brukerundersøkelser.

Etter et pasientombuds oppfatning bør helsetjenesten ikke ha mest fokus mot sine tilfredse brukere, men mot dem som sitter igjen med misnøye. Det er en god del av dem sjøl om de blir få når de vektes mot dem som er fornøyd. Og mange av de misnøydte har god grunn til å være det.

Mye av helsetjenestens omdømme beror på folkesnakket, og medieoppslag representerer en del av dette. Jeg mottar også signaler om at hvordan helsetjenestens ledere møter medieoppslaga, i stor grad bidrar til ytterligere styrking eller svekking av omdømmet.

Helsetjenestens omdømme er viktigere enn noen gang, ikke minst i tider da folk har fått nedfelt klare lovbestemte rettigheter, bl. a. til å velge hvor en skal ta imot behandling. Folk er ikke lenger trufaste mot "sitt" sjukehus, men velger seg leger og institusjoner med et godt omdømme.

Det er i hovedsak fire element som utgjør krumtappene i folks omdømmevurdering: 1) Kvaliteten på behandlingen, 2) fungerende eller ikke fungerende samarbeid, system og logistikk, 3) graden av innfridde rettigheter, og 4) subjektiv opplevelse av hvordan en blir møtt og ivaretatt.

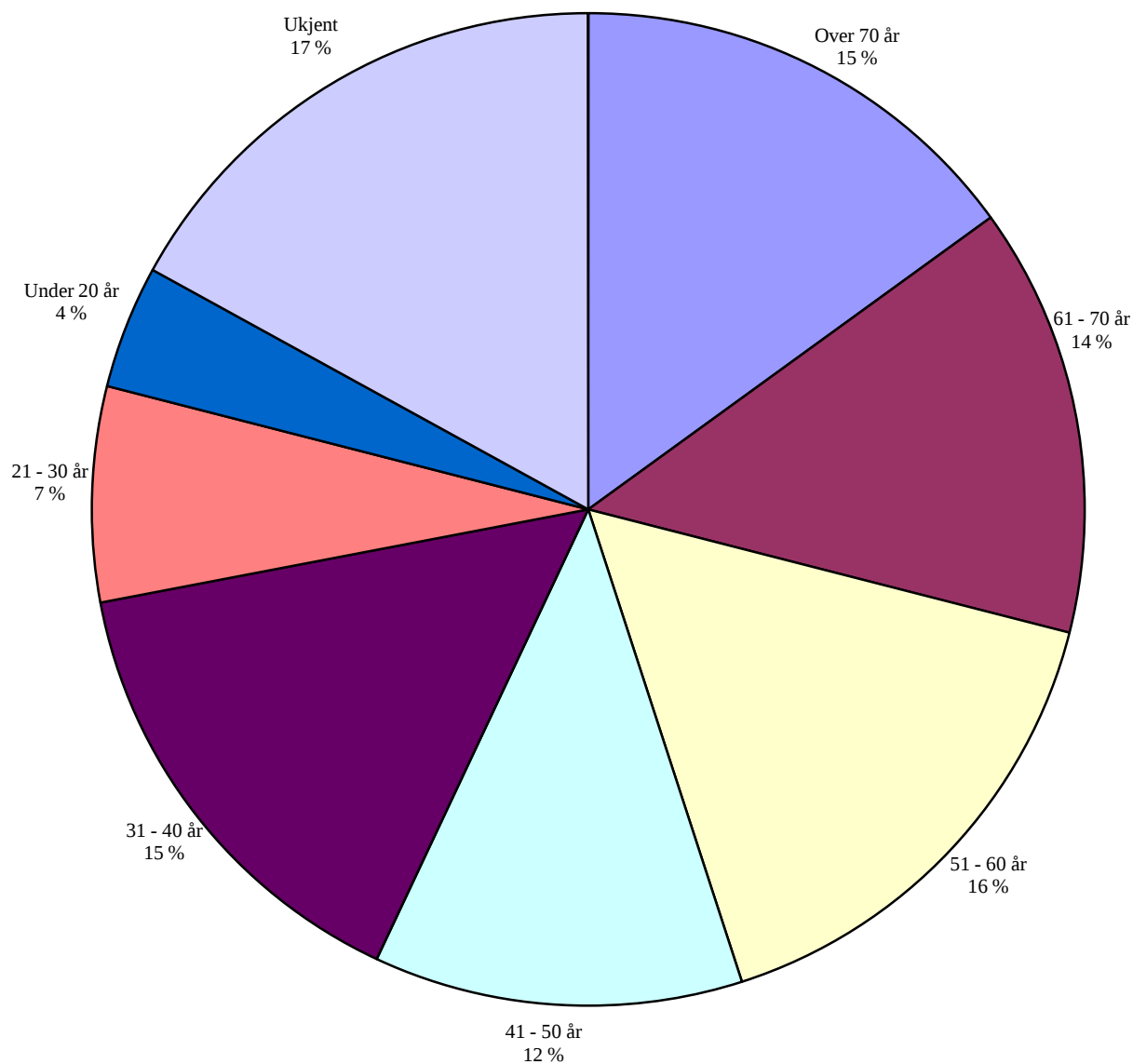
Tidligere punkt i denne årsrapporten beskriver forhold som bidrar til reduksjon av omdømmet hos 1) folk som har opplevd det som beskrives og 2) folk som kjenner til eller har hørt om andres opplevelser.

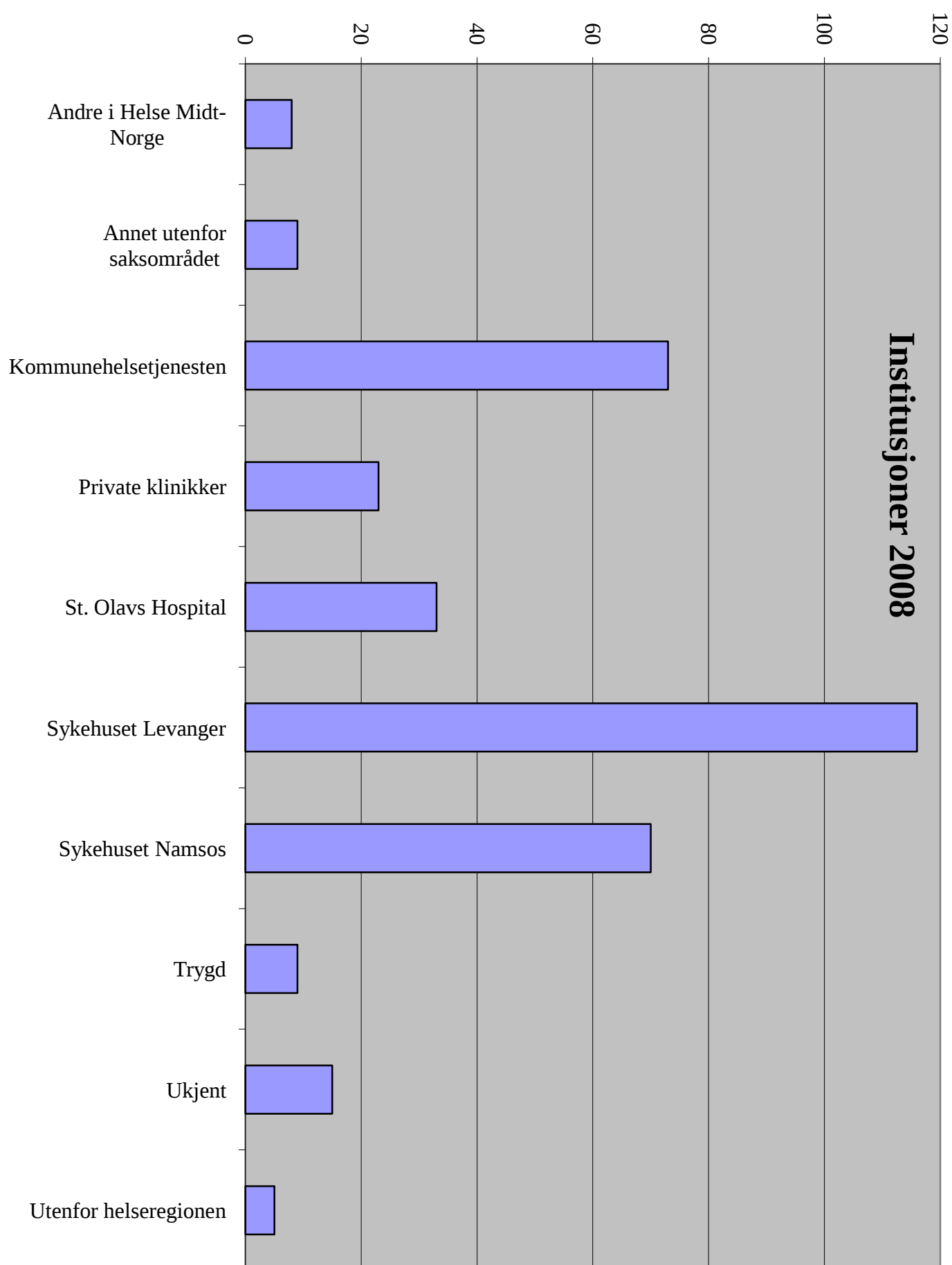
Helsetjenesten lever ikke lenger av "geografi og kjærlighet". Den lever av folks erfaringer og genererte tillit. Derfor trengs omdømmebygging. Det innebærer langsiktig kulturbygging og holdningsskaping der alle medarbeiderne i alle fag og på alle nivå får forankra som sin mest utvikla ryggmargsrefleks at pasienten er den viktigste i heile helsetjenesten. I tillegg må det

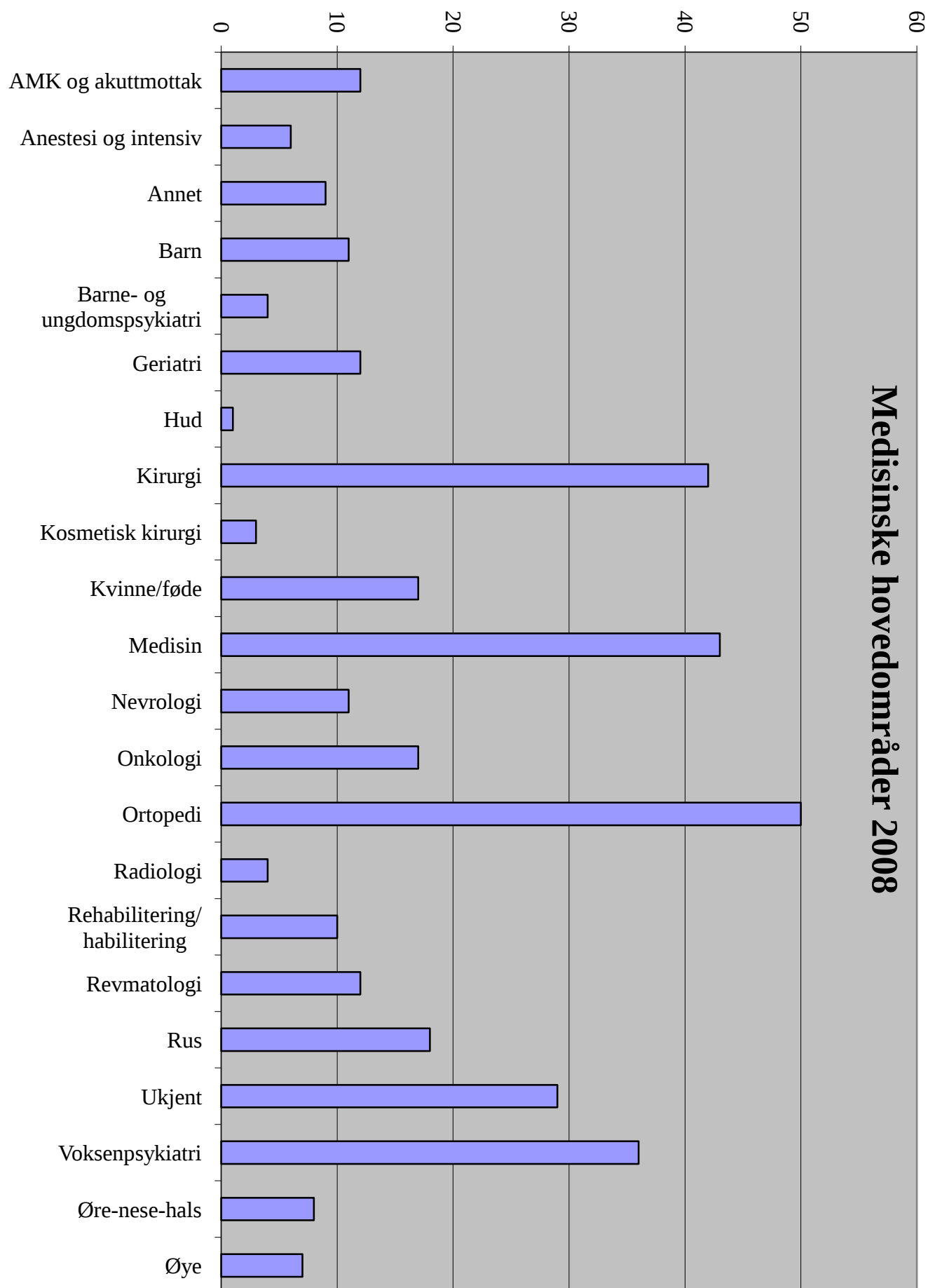
drives et systematisk arbeid for å eliminere forekomsten av forhold som trigger devaluering av omdømmet og påfølgende negativ omtale.

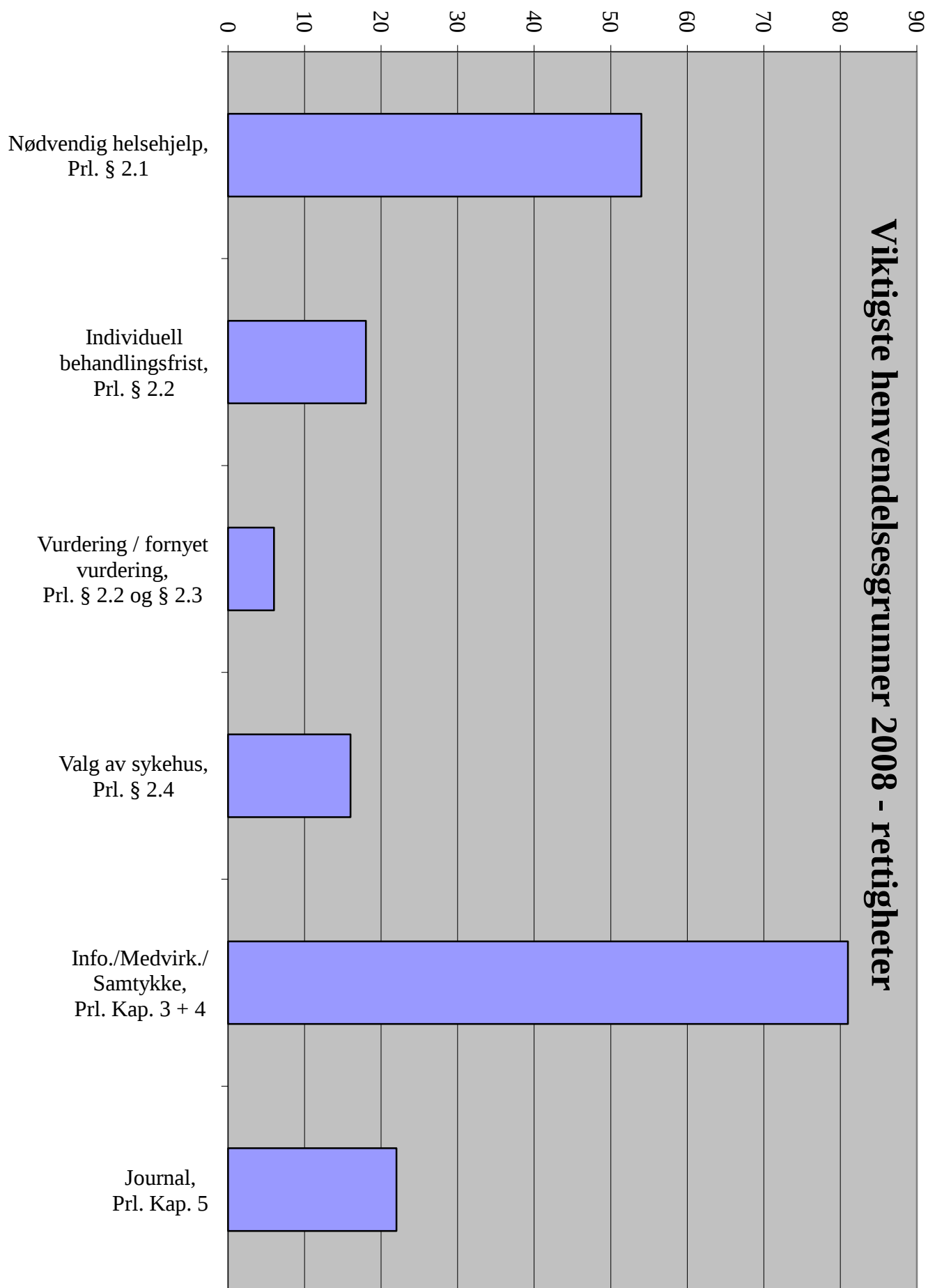
Det kan godt tenkes at det slett ikke er økonomi eller andre rammeforhold som blir vanskeligst å handtere for helsetjenesten i framtida. Den aller viktigste og tøffeste utfordringa kan bli kampen for beholde et godt omdømme eller å snu et negativt.

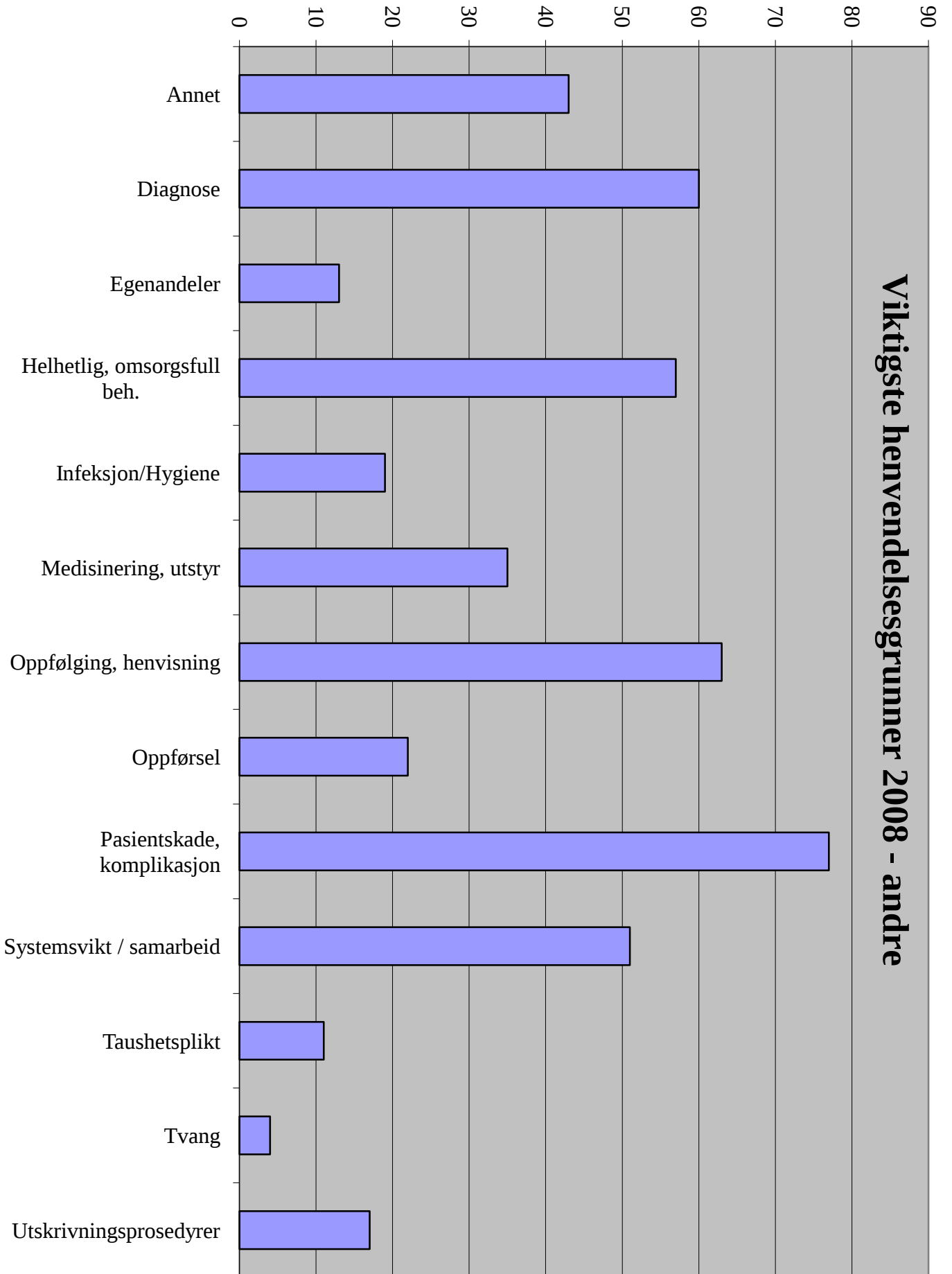
Aldersfordeling 2008











Lov om pasientrettigheter - Kapittel 8. Pasientombud

§ 8-1. Formål

Pasientombudet skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten, og for å bedre kvaliteten i helsetjenesten.

§ 8-2. Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Staten skal sørge for at det er et pasientombud i hvert fylke. Pasientombudets arbeidsområde omfatter offentlige spesialisthelsetjenester.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

§ 8-3. Rett til å henvende seg til pasientombudet

Pasientombudet kan ta saker som gjelder forhold i den offentlige spesialisthelsetjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

Enhver kan henvende seg til pasientombudet og be om at en sak tas opp til behandling.

Den som henvender seg til pasientombudet, har rett til å være anonym.

§ 8-4. Behandling av henvendelser

Pasientombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling. Dersom pasientombudet ikke tar saken opp til behandling, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

§ 8-5. Pasientombudets rett til å få opplysninger

Offentlige myndigheter og andre organer som utfører tjenester for forvaltningen, skal gi ombudet de opplysninger som trengs for å utføre ombudets oppgave. Reglene i tvisteloven kapittel 22 får tilsvarende anvendelse for ombudets rett til å kreve opplysninger.

§ 8-6. Pasientombudets adgang til helsetjenestens lokaler

Pasientombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes offentlige spesialisthelsetjenester.

§ 8-7. Pasientombudets oppgaver

Pasientombudet skal i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde.

Pasientombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasientombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende.

Pasientombudet skal gi den som har henvendt seg til ombudet, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet.

Pasientombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Pasientombudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

§ 8-8. Forskrifter

Departementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av bestemmelsene om pasientombud.