

## Lager kurs for sakkyndige

Samarbeidet mellom Norsk gynekologisk forening og Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) resulterer nå i et kurs for sakkyndige innen gynekologi/obstetikk.



Rolf Gunnar Jørstad

– Kurset skal holdes våren 2007, sa Rolf Gunnar Jørstad, assisterende direktør i NPE, under årsmøtet til Norsk gynekologisk forening. Jørstad ser for seg at noen aktuelle temaer for kurset er sakkyndigrollen ved erstatningsutmåling i forhold til spørsmål om medisinsk invaliditet, bevislære, og informasjonssvikt og betydningen av dette i erstatningssaker.

– Det vil også være aktuelt å se på situasjoner som når to eller flere sakkyndige kommer med motstridende vurderinger. I hvilken grad påvirker sykehuset/behandlingsstedets kommentarer den sakkyndige, og når skal sykehusets kommentarer tillegges vekt? Det er også greit å se på hva den sakkyndige ikke skal si noe om, sa han. Han fortalte de 264 årsmøtedeltakerne at NPE bruker eksternt ekspertise i rundt 40 % av sakene de behandler.

– Vi bruker helst erfarne spesialister med passe bakgrunn for saken, og som fortrinnsvis er i aktiv klinisk virksomhet. Det forutsettes at de varsler om mulig inhabilitet, sa han.

Gynekologene innledet i fjor høst et samarbeid med NPE for å se om man kan lære av skadesaker som kan føre til systemendringer eller endrede anbefalinger.

### Saker i NPE

I tillegg til å informere om kursplanene, benyttet man årsmøtet til å presentere en rekke saker hvor man hadde tatt for seg hvilket utfall de fikk i NPE. Pål Øian, avdelingsoverlege og professor, fortalte gynekologene at saker som gikk igjen, var spørsmål om keisersnitt burde vært gjort eller utført tidligere, feiltolkning av CTG/STAN, at man ikke tilkaller hjelp, eller at man dokumenterer for dårlig hva som er gjort. Mange mødre får også alvorlige blødningskomplikasjoner under fødselen eller inkontinens etter fødsel.

– Man bør sørge for god dokumentasjon i journalen av hva man tenkte, av hvem som var med på å vurdere situasjonen og sørge for at det blir et oppfølgingsnotat i journalen etter en alvorlig hendelse, sa Øian. Han understreket også hvor viktig det er at rutiner og veiledere følges, og at avvik må begrunnes. – Det er viktig å systematisk bruke egne saker til lærdom, men enkelte sykehus innrømmer aldri feil, sa han.

Professoren understreket at NPE-materialet er veldig verdifullt, og at det er positivt at Norsk gynekologisk forening nå engasjerer seg. Rolf Gunnar Jørstad fortalte at helsevesenet i dag bruker enkeltsakene deres mer enn statistikken, til å lære av.

– Vi håper at også statistikken kan brukes mer, sa han. Ifølge Jørstad har pasientene fått medhold i omlag en tredel av de innklagede sakene.



Pål Øian

– Størstedelen av utbetalingene innen gynekologi går til saker hvor barn er skadet under fødsel. Da skal ofte erstatningen dekke et helt livsløp, fortalte han.

### Ikke uaktsomhet

Jørstad understreket overfor gynekologene at Norsk Pasientskadeerstat-

ning ikke har noen krav om at det er utvist uaktsomhet for å innvilge erstatning.

– Pasienten har krav på erstatning når skaden skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp. Vi ser på om de krav skadelidte med rimelighet kunne stille til virksomheten på tidspunktet skaden skjedde, ble tilsidesatt. Sammenhengen mellom skade og svikt må ha en sannsynlighetsgrad på minst 51 %, sa han.

Han forklarte at etter pasientskadeloven vil selv små avvik fra god medisinsk praksis utløse ansvar.

Antallet saker som Norsk Pasientskadeerstatning behandler, har økt. Saker blir nok også meldt raskere enn før, og pasientene er mer bevisste. – Vi ser dessuten at det er økt bruk av advokat i sakene, sa han, og så er det nok i tillegg blitt større åpenhet når noe går galt, mente han. Ifølge Jørstad gjelder en del av sakene de får inn tilfeller der kommunikasjonen mellom lege og pasient ikke har vært god nok.

### Cecilie Bakken

cecilie.bakken@legeforeningen.no  
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

## Ønsker å evaluere takstsystemet

– Gode ambulante tjenester innen rushelsetjenesten hindres av mangel på finansieringsordninger for reiser og tidsbruk.

Det skriver Legeforeningen i et hørings svar til Sosial- og helsedirektoratet. Foreningen var invitert til å gi faglige vurderinger av takstsystemene for poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og rus knyttet til evalueringen av takststrukturen for psykisk helsevern.

– Fagpersonell i rushelsetjenesten og i psykisk helsevern er etterspurt ambulant både i fengselstjenesten, i kommunal sosialtjeneste, i institusjoner innen rushelsetjenesten og psykisk helsevern,

og i somatisk spesialisthelsetjeneste. Skal ambulante tjenester kunne iverksettes, må det imidlertid finnes finansieringsordninger for reiser og tidsbruk ambulant, understreker Legeforeningen.

Takstenes samlede hensiktsmessighet er et stort tema som inviterer til en bred faglig samordning og gjennomgang på nasjonalt nivå. Ut fra erfaringer innhentet fra Legeforeningens ulike organisasjonsledd synes takstene imidlertid å være tilstrekkelig fleksible til at de kan tilpasses aktiviteten i rushelsetjenesten og psykisk helsevern.

Legeforeningen mener også at takstsystemet er relativt nøytralt i forhold til å understøtte god faglig virksomhet. Så lenge de vanligste aktivitetene er representert rent takstmessig, burde det være få problemer med å finne muligheter for takster

for relevant faglig virksomhet, skriver foreningen.

Foreningen mener også at det både for rushelsetjenesten og psykisk helsevern vil være meget viktig å se på hvordan finansieringen av aktiviteten bær være fordelt mellom rammetilskudd, aktivitetsutløste midler og egenandeler. Legeforeningen presiserer at egenandeler anses å være fullstendig uegnet som finansieringskilde i denne delen av helsetjenesten.

### Terje Sletnes

terje.sletnes@legeforeningen.no  
Avdeling for informasjon og helsepolitikk