

Bør pasientskadelovens virkeområde utvides?

Prosjekt:	Utredning av behovet for å presisere og utvide pasientskadelovens virkeområde
Levering:	1. oktober 2012
Prosjektansvarlig:	Mehre, Kristin – avdeling omsorgstjenester
Prosjektleder:	Holte, Therese Opsahl – avdeling omsorgstjenester
Prosjektgruppe:	Storvik, Jan – Norsk pasientskadeerstatning Mørtvedt, Trude – Norsk pasientskadeerstatning Haug, Helga Katharina – Helsedirektoratet (avd. omsorgstjenester) Frich, Julie – Helsedirektoratet (avd. omsorgstjenester) Haugum, Per – Helsedirektoratet (avd. bioteknologi og helserett) Stranden, Lindis – Helsedirektoratet (avd. psykisk helse og rus) Jensen, Wenche – Fylkesmannen i Buskerud Birkeland, Guro – Norsk pasientforening Ryymin, Anna – Helse- og sosialombudet i Oslo Pedersen, Pål Koren – Pasient- og brukerombudet i Oslo KS og Helsetilsynet var invitert med som medlemmer av arbeidsgruppen. KS valgte å gi innspill i et eget møte. Helsetilsynet valgte å gi skriftlige kommentarer til et rapportutkast.

Innhold

Sammendrag	5
1 Innledning	7
1.1 Utredningsmandat	7
1.2 Om utredningen	8
1.2.1 Prosess og involvering	8
1.2.2 Faktagrunnlag	9
2 Gjeldende rett	10
2.1 Kompensasjon ved personskader og sykdom	10
2.2 Bakgrunn for pasientskadeloven	10
2.3 Dagens virkeområde	11
2.4 Definisjon av pasientskade	12
2.5 Ansvarsgrunnlag	13
2.6 Erstatningsutmåling	13
3 Barne- og avlastningsboliger	14
3.1 Formål og antall	14
3.2 Tjenestetyper	15
3.3 Personellsammensetning	15
3.4 Typer skader og risiko for skader	16
3.5 Relevante saker hos NPE	17
4 Rusinstitusjoner	18
4.1 Antall og formål	18
4.2 Helseproblemer hos personer med rusmiddelavhengighet	19
4.3 Tjenestetyper	20
4.3.1 Rehabiliteringstjenestene	20
4.3.2 Korttidsplasser	21
4.3.3 Omsorgstjenester	21
4.3.4 Tjenester for rusmiddelavhengige med særlig behov	21
4.4 Personellsammensetning	22
4.5 Typer skader og risiko for skader	23
4.6 Relevante saker hos NPE	23
5 Aldershjem	24
5.1 Formål og antall	24
5.2 Tjenestetyper	25
5.3 Personellsammensetning	25
5.4 Typer skader og risiko for skader	26
5.5 Relevante saker hos NPE	27

6	Vurderinger og forslag	28
6.1	Bør pasientskadelovens virkeområde utvides?	28
6.2	Barneboliger	29
6.3	Rusinstitusjoner	29
6.4	Aldershjem	29
6.5	Konklusjon	30
7	Økonomiske og administrative konsekvenser	31
7.1	Inkludering av barne- og avlastningsboliger	31
7.2	Inkludering av rusinstitusjoner	32
7.3	Inkludering av aldershjem	32
7.4	Inkludering av alle institusjonstypene	33
7.4.1	Utbetalinger	33
7.4.2	Administrasjonskostnader for NPE	33
	Vedlegg 1: Personellsammensetning i institusjoner (SSB 2010)	35
	Vedlegg 2: Skadesaker og utbetalinger (NPE 2012)	36
	Vedlegg 3: Rusinstitusjoner i Oslo og i resten av landet.	37

Sammendrag

Helsedirektoratet har i samarbeid med Norsk pasientskadeerstatning (NPE) utredet behovet for å presisere og/eller utvide pasientskadelovens virkeområde. Utredningen er gjort på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Bakgrunnen for utredningen er den nye helse- og omsorgstjenesteloven som nødvendiggjør en avklaring av pasientskadelovens virkeområde. Pasientskadeloven omfatter per i dag ikke institusjonene under den tidligere sosialtjenesteloven, nemlig barne- og avlastningsboliger, rusinstitusjoner og aldershjem. Utredningen søker svar på om disse institusjonene også bør omfattes av pasientskadeloven.

Hensikten med utredningen er å redegjøre for de tre institusjonstypene med utgangspunkt i gjeldende rett og pasientskadelovens formål. Utredningen redegjør for antall plasser og institusjoner, formålet med oppholdet, typer tjenester, personalsammensetning, typer skader og risiko for skader. Hensikten er også å presentere et forslag til endring av pasientskadelovens virkeområde, og redegjøre for de økonomiske og administrative konsekvensene av forslaget.

Utredningen er basert på innhenting av data fra SSB, eksisterende dokumentasjon i form av tilsynsrapporter og andre rapporter, samt juridiske og faglige drøftinger med relevante aktører. SSB har ikke tall for rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det finnes heller ikke andre typer nasjonale data for disse rusinstitusjonene. For rusinstitusjoner baserer utredningen seg på en landsomfattende oversikt fra 2007, en oversikt over rusinstitusjonene i Oslo fra 2011 og Oslo kommunes konkurransegrunnlag ved anskaffelser av tjenester til personer med rusavhengighet i 2010.

Utredningen viser at vi har omtrent 200 plasser i barneboliger, omtrent 1300 plasser i avlastningsboliger og omtrent 1200 plasser i aldershjem. Til sammenlikning har vi omtrent 40 000 sykehjemsplasser. Aldershjemmene er i ferd med å fases ut og vil kunne forsvinne helt som institusjonstype. Antall plasser i rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven er usikkert, men i 2007 hadde man på landsbasis utenom Oslo omtrent 1500 plasser i rusinstitusjoner etter sosialtjenesteloven. Oslo kommune har omtrent 700 plasser (tall fra 2011).

Barne- og avlastningsboligene og aldershjemmene kan sammenliknes med sykehjem når det gjelder formål, personellsammensetning, tjenestetyper og risiko for pasientskader. For rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven viser utredningen at det er stor variasjon når det gjelder formål, tjenestetyper og personellsammensetning. Vi ser imidlertid at helsehjelp er et stadig viktigere aspekt ved institusjonstilbudet etter helse- og omsorgstjenesteloven til personer med rusavhengighet.

Helsedirektoratet og NPE foreslår at barne- og avlastningsboliger, rusinstitusjoner og aldershjem omfattes av pasientskadeloven. Inkludering av de aktuelle institusjonene i pasientskadeloven betyr for det første et sterkere vern ved pasientskader under enkel helsehjelp gitt av for eksempel sosialfaglig personell, assistenter og vikarer. Inkludering betyr for det andre et sterkere vern ved skader som resultat av systemsvikt/skader der enkeltpersoner ikke kan stilles ansvarlig.

Så langt vi klarer å vurdere dette innebærer inkludering av barne- og avlastningsboliger, rusinstitusjoner og aldershjem i pasientskadeloven en mindre utvidelse med små økonomiske konsekvenser.

Helsedirektoratet,
Oslo, 28. september 2012

1 Innledning

1.1 Utredningsmandat

Mandatet for denne utredningen er gitt i Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2012 og i eget oppdragsbrev, februar 2012. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede behovet for å presisere og/eller utvide pasientskadelovens virkeområde til å omfatte alle institusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven. Pasientskadeloven gjelder i dag hovedsakelig for skader voldt "i institusjon under spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten".

Bakgrunnen for utredningen er ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr. 30. Loven trådte i kraft 1. januar 2012 og skal erstatte tidligere sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov. I forbindelse med iverksettelse av den nye loven ber HOD Helsedirektoratet i samarbeid med Norsk pasientskadeerstatning (NPE) om å utrede behovet for å presisere og/eller utvide pasientskadelovens virkeområde til også å omfatte barne- og avlastningsboliger, rusinstitusjoner og aldershjem. HOD presiserer at administrative og økonomiske kostnader knyttet til utvidelse også må utredes.

I oppdragsbrevet presiserer HOD at følgende elementer må inngå i utredningen:

- Redegjørelse for antall plasser og institusjoner, typer tjenester, personal-sammensetning og formål med oppholdet ved de ulike typer institusjoner.
- Redegjørelse for typer skader og risiko for skade ved de ulike typer institusjoner.

Helse- og omsorgstjenesteloven nødvendiggjør en rekke lov- og forskriftsendringer. Blant annet må begrepet "kommunehelsetjeneste" erstattes med begrepet "den kommunale helse- og omsorgstjenesten" alle steder der dette forekommer i lovgivningen. Endring til virkeområdet "den kommunal helse- og omsorgstjenesten" vil innebære en utvidelse til andre typer institusjoner enn de pasientskadeloven omfatter i dag.

Hvilke institusjoner som faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven, og dermed under den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er nærmere definert i forskrift av 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner, gitt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 3- 2 første ledd nr 6 bokstav c. Begrepet institusjon er definert i forskriftens § 1:

"Som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3- 2 første ledd nr. 6 bokstav c regnes:

- a) Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsbolig
- b) Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- c) Aldershjem

- d) Sykehjem
- e) Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om øyeblikkelig hjelp.”

Institusjonene i a- c var tidligere hjemlet i sosialtjenesteloven og omfattes dermed ikke av dagens pasientskadelov. Institusjonene under d og e falt inn under den tidligere kommunehelsetjenesten og faller dermed inn under pasientskadeloven § 1.

I sitt høringsnotat forut for Prop. L 91 (2010- 2011) av 18. januar 2011 uttalte HOD at virkeområdet til pasientskadeloven ikke var ment og utvides gjennom ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, skulle fortsatt holdes utenfor.

I sitt høringsnotat med blant annet forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon av 4. juni 2011 foreslo HOD en forskrift som presiserte at barne- og avlastningsboliger i tillegg til sykehjem skulle omfattes av pasientskadelovens virkeområde, mens aldershjem og rusinstitusjoner bør holdes utenfor pasientskadeloven.

Et overveiende flertall av høringsinstansene var uenige med HOD, og mente at ikke bare barne- og avlastningsboliger, men også aldershjem og rusinstitusjoner burde omfattes av pasientskadeloven.

HOD har i ettertid konkludert med at det ikke er tilstrekkelig hjemmel til å gi en forskrift som regulerer virkeområdet til pasientskadeloven. Pasientskadeloven § 1 vil fortsatt vise til ”institusjon under ... kommunehelsetjenesten”. Dette innebærer at det i det konkrete tilfellet må gjøres en vurdering av hvorvidt den aktuelle institusjon er omfattet av pasientskadeloven eller ikke.

Dette er bakgrunnen for at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede behovet for å presisere og/eller utvidet pasientskadelovens virkeområde til å omfatte alle institusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Frist for oppdraget er 1. oktober 2012.

1.2 Om utredningen

1.2.1 Prosess og involvering

Helsedirektoratet og NPE har hatt en utredningsprosess med seks møter. To av møtene har involvert en utvidet arbeidsgruppe med representanter fra Fylkesmannen i Buskerud, Norsk pasientforening og Bruker- og pasientombudet. Vi har hatt et eget møte med KS for å få innspill til arbeidet. Underveis i prosessen har vi også hatt kontakt med Velferdsetaten i Oslo kommune som inkluderer den tidligere Rusmiddeletaten. Statens Helsetilsyn og Fylkesmannen i Østfold har hatt rapporten til gjennomlesning og har tilbakemeldt at de støtter konklusjonen og forslagene.

1.2.2 Faktagrunnlag

For å redegjøre for antall plasser og institusjoner og for personellsammensetning har arbeidsgruppen innhentet data fra SSB. SSB har levert tall for institusjoner og plasser og for personellsammensetning for barne- og avlastningsboliger og aldershjem. SSB har ikke tall på institusjoner, plasstall eller personellsammensetning for rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det finnes heller ikke andre typer nasjonale data for rusinstitusjonene. Når det gjelder plasstall for rusinstitusjoner baserer utredningen seg på en landsomfattende oversikt fra 2007¹ og en oversikt over rusinstitusjonene i Oslo fra 2011².

For å redegjøre for type tjenester i de ulike institusjonene har vi brukt tilgjengelig dokumentasjon fra tilsynsrapporter og andre rapporter. Vi har brukt IPLOS-data for å belyse pleietyngde i aldershjem. Redegjørelsen for institusjonstjenestene til personer med rusavhengighet tar utgangspunkt i Oslo kommunes konkurransegrunnlag ved anskaffelser av tjenester til rusmiddelbrukere i 2010. Vi har også gjennomført en uformell telefonundersøkelse til et lite utvalg barne- og avlastningsboliger og et lite utvalg rusinstitusjoner og vi har søkt etter informasjon på nettsidene til rusinstitusjonene.

For å belyse risiko for pasientskader i de ulike institusjonene, har utredningsgruppen sett på tilsynsrapporter, eksempler på pasientskader fra NPE hentet fra sykehjem, rus/psykiatri og kommunehelsetjenester til barn, erfaringer formidlet fra fylkesmenn og informasjon fra uformelle telefonintervju med et lite utvalg ledere i aktuelle institusjoner.

¹ SIRUS 2007. Tiltak for rusmiddelbrukere, landsdekkende oversikt SIRUS.

² Tiltakskatalogen 2011. Oslo kommune Rusmiddeletaten.

2 Gjeldende rett

2.1 Kompensasjon ved personskader og sykdom

Ulike regelsett har som formål å sikre trygghet mot økonomisk tap som følge av personskade. De viktigste kildene til slike ytelser er:

- Trygden, jf. folketrygdloven (LOV-1997-02-28-19)
- Pasientskadeordningen (NPE), jf. pasientskadeloven (LOV-2001-06-15-53)
- Forsikringer, jf. forsikringsavtaleloven (LOV-1989-16-06-69)
- Erstatning tilkjent etter alminnelige erstatningsregler, jf. skadeserstatningsloven (LOV-1969-06-13-26)
- Voldsoffererstatningsordningene, jf. voldsoffererstatningsloven (LOV-2001-04-20-13)
- Rettferdsvederlagsordningen (tidligere billighetserstatning).

Folketrygden og trygdeytelsene utgjør normalt den viktigste form for økonomisk kompensasjon ved personskade og sykdom. Trygdeytelsene utbetales uavhengig av årsaken til skaden eller sykdommen, og er derfor også uavhengig av om det er noen som kan holdes ansvarlig for den.

Private forsikringsordninger tegnet av institusjonen gir også grunnlag for forsikringsutbetalinger ved person- eller pasientskade.

Alminnelige erstatningsregler og skadeerstatningsloven har som grunnvilkår for rett til erstatning at:

- 1) Personen/ pasienten må være påført en skade, fysisk eller psykisk.
- 2) Skadevolder må kunne holdes ansvarlig. Særlig aktuelt er det alminnelige uaktsomhetsansvaret (culpa-ansvaret) og arbeidsgivers ansvar.
- 3) Det må foreligge en adekvat årsakssammenheng.

Voldsoffererstatning gir voldsofre ekstra vern og rett til erstatning. Voldsoffererstatningsloven gjelder kriminelle voldshandlinger, også vold eller seksuelle overgrep i institusjon.

Rettferdsvederlag kan gi erstatning for kritikkverdige forhold fra myndighetenes side. Dette er en ordning der enkeltpersoner som har kommet særlig uheldig ut, kan søke om en skjønnsmessig kompensasjon. Det foreligger ikke lovhjemmel.

2.2 Bakgrunn for pasientskadeloven

På 1980-tallet var det et økende fokus på at erstatningsvernet for pasienter ikke var godt nok. Det var svært få som nådde frem med erstatningskrav etter alminnelig erstatningsrett. Det ble opprettet en midlertidig erstatningsordning for offentlige somatiske sykehus og deres poliklinikker fra 1. januar 1988 som en prøveordning.

Den midlertidige ordningen ble utvidet med offentlige psykiatriske sykehus og poliklinikker samt kommunale legevakter og kommunelegetjenesten fra 1. juli 1992.

1998 la Regjeringen frem lovforslaget om erstatning ved pasientskader, (pasientskadeloven), (Ot. prp. nr. 31 for 1998-99). Regjeringen la senere frem en tilleggsproposisjon (Ot. prp. nr. 55 for 1999-2000), med en nødvendig harmonisering av begrepsbruk i forhold til de nylig vedtatte helselovene.

Lovforslaget bygget på utredningen til Lødruputvalget om erstatning ved pasientskader (NOU 1992:6). Lødruputvalget fant at mange pasienter unnlot å kreve erstatning selv om vilkårene var oppfylt. To forhold bidro til dette. Dels viste praksis at det var vanskelig for den skadelidte å bevise vilkårene for å kreve erstatning, dels var det ofte en langvarig og ressurskrevende prosess å føre en sak om pasientskadeerstatning for domstolene.

Pasientskadeloven ble vedtatt våren 2001, og 1. januar 2003 trådte den nye pasientskadeloven i kraft for hele den offentlige helsetjenesten. Pasientskadeloven bygget i stor grad på den midlertidige pasientskadeerstatningen.

Det var ikke mulig å få forsikringsselskapene til å tilby dekning for privat helsetjeneste med det lovforslaget som forelå. Løsningen ble at NPE skulle forvalte ordningen med tilmelding og betaling av tilskudd for virksomheter i privat helsetjeneste, og fra 1. januar 2009 ble også den private helsetjenesten innlemmet i pasientskadeordningen.

2.3 Dagens virkeområde

Pasientskadelovens § 1 første ledd knytter skadene opp mot helsetjenesten (skadested/ skadevolder). Pasientskadeloven gjelder skader som er voldt:

- a) i institusjon under spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten,
- b) under ambulansetransport, eller
- c) av helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens, personer som opptrer på vegne av disse, personer som har rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning eller andre personer som er fastsatt i forskrift.

Helsepersonelloven § 48 angir 29 helsepersonellgrupper. Pasientskadeloven § 1 c) innebærer at loven gjelder pasientskader voldt av helsepersonell uavhengig av om de er ansatt i eller utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette vil si at pasientskadeloven også gjelder helsepersonell ansatt i barneboliger, aldershjem og rusinstitusjoner.

Helsepersonells bruk av medhjelpere er regulert i helsepersonelloven § 5. Skade voldt av personer som opptrer på vegne av helsepersonell kommer også inn under pasientskadeloven. Et eksempel kan være en sekretær eller en assistent som står under faglig instruksjon av helsepersonell. Loven omfatter ikke eventuelle pasientskader voldt av andre yrkesgrupper som jobber med syke barn i barne- og

avlastningsboliger, når disse arbeider selvstendig og ikke som helsepersonell medhjelpere. Eksempel på slike yrkesgrupper kan være sosionomer, lærere og barnevernspedagoger. Loven omfatter heller ikke pleieassistenter i aldershjem eller sosionomer i rusinstitusjoner, når disse har selvstendige oppgaver og ikke er under veiledning av helsepersonell.

Det finnes få eksempler i forarbeidene på hva som menes med "personer som opptrer på vegne av disse". Her må det gjøres en konkret vurdering, og det må foreligge en relativt nær forbindelse mellom helsepersonellet og medhjelpere. Det er neppe nok at man jobber ved en institusjon hvor det er sporadisk tilsyn av helsepersonell, og hvor man yter helsehjelp uten nærmere instruksjon fra en person med helsefaglig utdanning.

Pasientskadeloven har et smalere virkeområde enn helsepersonelloven gjennom en snevrere definisjon av helsepersonell. Helsepersonelloven § 3 betrakter sosialfaglig personell og andre som helsepersonell når de innenfor helse- og omsorgstjenesten utfører handlinger beskrevet i definisjonen av begrepet helsehjelp (jf. handlinger listet opp i pasientskadelovens § 1). Det samme personellet vil ikke falle inn under gruppen helsepersonell i pasientskadelovens § 1, siden de ikke er autorisert eller lisensiert. Svikt i helsehjelpen de gir og eventuelle pasientskader vil derfor ikke omfattes av NPE-ordningen.

NPE har mottatt flere saker som har blitt avvist fordi helsehjelpen ikke er utført av helsepersonell. NPE har også gjennom årenes løp mottatt flere saker som har blitt avvist fordi skaden har skjedd på institusjoner og steder som ikke omfattes av loven, og det ikke er helsepersonell som er ansvarlig for skaden. Det gjelder for eksempel aldershjem, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), enkelte avlastningshjem, avlastningssentre, bo- og omsorgssentre, hospits og rusinstitusjoner.

2.4 Definisjon av pasientskade

Med «pasientskade» menes en personskade som har sammenheng med pasientrollen, og som oppstår i en behandlingssituasjon i vid forstand³. Begrepet pasientskade gjelder både fysiske og psykiske skader.

Lovens § 1 annet ledd gir den ytre avgrensning for lovens virkeområde, som er pasientskader: "Slike skader regnes som pasientskader dersom de er voldt under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, behandling, ekspedisjon av legemidler fra apotek, pleie, vaksinasjon, prøvetaking, analyse av prøver, røntgen, forebygging av helseskader, medisinsk forsøksvirksomhet samt donasjon av organer, blod og vev."

Både vilkårene etter første og andre ledd må være til stede for at erstatningssøker kan ha krav på erstatning. Dette er behandlingssituasjoner i svært vid forstand. Flere av alternativene gir rom for tolkning. Hva menes med for eksempel veiledning og hva ligger i begrepet pleie? Hvilke krav stilles til forebygging av helseskader?

I helsepersonelloven defineres helsehjelp som "enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell", jf. helsepersonelloven §

³ Ot.prp. nr.31 (1998-99)

3 tredje ledd, og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, bokstav c.

2.5 Ansvarsgrunnlag

Pasientskadeloven § 2 gir regler om ansvarsgrunnlag for virksomheter som yter helsehjelp. Pasienten og andre som har lidt tap på grunn av pasientskade har krav på erstatning når skaden skyldes:

- «a) svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes,
- b) teknisk svikt ved apparat, redskap eller annet utstyr som er brukt ved ytelsen av helsehjelp,
- c) smitte eller infeksjon, når dette ikke i hovedsak skyldes pasientens tilstand eller sykdom,
- d) vaksinasjon, eller
- e) forhold som medfører ansvar for helse- og omsorgstjenesten eller helsepersonell etter alminnelige erstatningsregler.»

Hovedregelen er at det må foreligge svikt ved ytelsen av helsehjelp, selv om ingen kan lastes. Denne regelen gir en større rett til erstatning enn etter alminnelig erstatningsrett, der det normalt kreves at skadevolder har opptrådt uaktsomt.

Etter § 2 annet ledd skal det «... tas hensyn til om de krav skadelidte med rimelighet kan stille til virksomheten eller tjenesten på skadetidspunktet, er tilsidesatt. Utilstrekkelige ressurser skal ikke medføre ansvar dersom ressursfordelingen har vært forsvarlig og virksomheten i alminnelighet holder en forsvarlig standard.»

Dersom vilkårene etter § 2 første og annet ledd ikke gir grunnlag for erstatningsansvar, kan det unntaksvis, gis erstatning der det har skjedd en pasientskade som er særlig stor og særlig uventet, og som ikke kan anses som utslag av en risiko som pasienten må akseptere, jf. § 2 tredje ledd (den såkalte rimelighetsregelen).

2.6 Erstatningsutmåling

For erstatningsutmåling gjelder alminnelige erstatningsregler, dvs. skadeerstatningsloven og alminnelige erstatningsregler og praksis fra domstolene. Pasientskadeloven dekker generelt ikke økonomisk tap på under 5000 kroner (jf. § 4 første ledd). En skadet pasient kan ha krav på dekning av det økonomiske tapet; påløpte utgifter, inntektstap, utgifter i fremtiden og tap av fremtidig inntekt. I tillegg kan det ytes menerstatning ved varig og betydelig medisinsk invaliditet. Den som mister sin forsørger kan ha rett på erstatning for tap av forsørger. Også formuestap kan etter omstendighetene være dekket, for eksempel ved forsinkelse som følge av feil i en behandlingssituasjon.

Barn under 16 år som har fått en varig og betydelig skade har rett på standarderstatning. Standarderstatningen skal dekke både framtidig inntektstap og menerstatning. Menerstatning gis for tapt livskvalitet. Når barnets skade gir 100 prosent varig medisinsk invaliditet, utgjør erstatningen 40 x Folketrygdens grunnbeløp (G) på utbetalingstidspunktet.

3 Barne- og avlastningsboliger

I dette kapittelet beskrives barne- og avlastningsboligene nærmere med hensyn til formål og antall, tjenestetyper, personellsammensetning, typer skade og risiko for skade.

3.1 Formål og antall

Barne- og avlastningsboliger er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Bestemmelsen tilsvarende tidligere lov om sosiale tjenester § 4-2 bokstav d.

Barne- og avlastningsbolig er i dag definert som "institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester..." (Forskrift av 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner § 1). Det fremgår av forskriftens § 2 at institusjonen ikke er å regne som en helseinstitusjon.

I 2010 var det registrert 58 barneboliger i Norge, med til sammen 186 plasser, og 232 avlastningsboliger med til sammen 1295 plasser (se tabell 1). Tallene for barne- og avlastningsboliger er usikre, siden det pågår et forbedringsarbeid i SSB som påvirker kommunenes registreringer (Dag Abrahamsen, SSB).

Tabell 1. Barne- og avlastningsboliger 2010. SSB.

Boligtype	Institusjoner	Plasser
Barnebolig (regulert etter lov om sosiale tjenester §7-5, jf. forskriften §7-2.)	58	186
Avlastningsbolig/avlastningsinstitusjon (regulert etter lov om sosiale tjenester §7-5, jf. forskriften §7-2.)	232	1 295

Når barna har barneboligen som fast bosted, er formålet at personellet i barneboligen utfører den daglige omsorgen på vegne av foreldrene⁴. Avlastningsboliger har som formål å gi avlastning til familier med hjemmeboende barn. For kortere eller lengre perioder ivaretar personellet i avlastningsboligen foreldrenes daglige omsorgsoppgave. Grensen mellom de to boformene er flytende, og kommunene har ulike definisjonspraksis. Noen kommuner setter for eksempel en grense ved 50 eller 60 prosent av tiden i boligen⁵.

Barne- og avlastningsboligene har ulike organisasjon og utforming. De kan være

⁴ Rapport fra Helsetilsynet 2/ 2010 «Det vil helst gå bra...» Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009 med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger.

⁵ Nordlandsforskning Arbeidsnotat nr. 1003/2007. «Barnebolig- beste eller nest beste alternativ?» En kartlegging av barnebolig som omsorgstiltak. Delprosjekt I og II.

utformet i en utbygd fløy i foreldrehjemmet, som et bofellesskap der det bor flere barn eller den kan være et ordinært bolighus gjort om til barnebolig.

3.2 Tjenestetyper

Barn som oppholder seg i barne- eller avlastningsboligene har funksjonsnedsettelse og helseproblemer, og trenger omsorg, pleie, individuell tilrettelegging og helsehjelp. En undersøkelse viste at de vanligste kategoriene funksjonshemming blant barna som bor i barnebolig er multifunksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede⁶. Noen barn sitter i rullestol og trenger mye hjelp og pleie, og spesielle hjelpemidler for bevegelseshemmede. Mange må ha hjelp til å spise, eller får mat gjennom sonde. Noen kan ha lungeproblemer og trenger hjelpemidler for dette. Andre barn kan være autistiske og ha adferdsvansker som kan gi seg utslag i alvorlig utagering og selvskading. Mange av barna mangler språk og trenger bilder, tegn og piktogrammer for å kommunisere. Alle barna kan ha store helseplager, blant annet epilepsi og allergi, som krever akutt medisinerings⁷.

3.3 Personellsammensetning

De som jobber i barne- og avlastningsboligene er helsepersonell, personell med annen relevant utdanning som pedagoger og sosionomer, og assistenter og personell uten relevant utdanning. Barne- og avlastningsboliger har ofte flere deltidsansatte, vikarer og ufaglærte (Helsetilsynet 2010). I 2010 var andelen helsepersonell i barne- og avlastningsboliger henholdsvis 46 % og 49 % (se tabell 2 og originalfil i vedlegg 1). Andelen personell med annen relevant utdanning utgjorde 15 % i begge boligtypene og pleiepersonell uten helseutdanning utgjorde henholdsvis 38 % i barneboligene og 37 % i avlastningsboligene.

Tabell 2. Personellsammensetning i barne- og avlastningsboliger 2010. SSB.

Personell	Barnebolig	Avlastningsbolig
Helsepersonell	418 (46 %)	2126 (49 %)
Personell med annen relevant utdanning*	145 (16 %)	635 (14 %)
Pleiepersonell uten helseutdanning	346 (38 %)	1598 (37 %)
Totalt	909 (100 %)	4359 (100 %)

*sosionom, barnevernspedagog, pedagog, aktivtør, med mer

Telefonintervjuer med et utvalg avdelingsledere i barne- og avlastningsboliger viste at boligene organiserer seg på ulike måter for å få til kontinuerlige forsvarlige tjenester uten at helsepersonell er på vakt til enhver tid, som helger og netter. I helger og på netter har de for eksempel hjemmesykepleien som "back-up". Alt personell er med i pleie og stell av barna, også sosialfaglig personell, assistenter og ufaglærte. De har skriftlige prosedyrer for medisinske oppgaver og for observasjon av sykdom og forverring. Eksempler på prosedyrer er tilførsel av væske gjennom

⁶ Nordlandsforskning Arbeidsnotat nr. 1003/2007. «Barnebolig- beste eller nest beste alternativ?» En kartlegging av barnebolig som omsorgstiltak. Delprosjekt I og II.

⁷ Rapport fra Helsetilsynet2/ 2010 «Det vil helst gå bra...» Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009 med kommunale sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger.

sonde i magen (PEG) og sårstell. De tilstreber å gi personalet god oppfølging og opplæring tilpasset det enkelte barnet, medisinkurs osv. Sykepleier legger i medisiner en dag i uka, men alle, også sosialfaglig personell, assistenter og uflaglærte, deler ut medisiner fra dosett.

En avdelingsleder forteller: «Fylkesmannen puster oss i nakken for å få andelen helsepersonell opp. Tidligere var lederen hos oss en barnevernspedagog, nå er sykepleier ansatt som leder. Vi jobber kontinuerlig med det helsefaglige og har etablert en stilling som fagleder som har faglig ansvar. Faglig ansvarlig er vernepleier, som er ansvarlig for prosedyrene».

3.4 Typer skader og risiko for skader

Barne- og avlastningsboliger kan på mange måter sidestilles med somatiske sykehjem. Barna får behandling og pleie og det er alltid en viss risiko for at skade kan skje. Risikoen for pasientskader må antas å være på nivå med risikoen i sykehjem. Risiko for svikt forsterkes noe ved at det ikke finnes en norm for fagkompetanse i barne- og avlastningsboligene.

Mange barne- og avlastningsboliger har gode skriftlige medisinske prosedyrer for den enkelte bruker og kursing i for eksempel medikamenthåndtering for alle ansatte som deler ut medisiner. Mangel på nødvendige retningslinjer kan likevel gå utover helsehjelpen til barna.

Tilsyn ved Helsetilsynet har vist mangler og svikt på følgende områder:

- Legemiddelhåndtering
- Hensiktsmessig fysisk utforming av boligen
- Planlegging og gjennomføring av måltider, planer ved vekttap
- Avvikshåndtering.

Tilsyn har vist mangelfulle systemer og prosedyrer for å sikre forsvarlig legemiddelhåndtering⁸.

Helsetilsynet har også gitt merknader til uhensiktsmessig utforming av barne- og avlastningsboligene i forhold til brukergruppen, for eksempel ved at bad ikke er tilrettelagt slik at de ansatte med enkle grep kan nyttiggjøre seg hjelpemidler. Dette kan innebære en større risiko for skade i stellesituasjoner.

Mangelfull planlegging og gjennomføring av måltider beskrives også i tilsynsrapporter, med for eksempel mangel på faste rutiner for mosing av mat der det er nødvendig. En annen mulig risikosituasjon er ved vekttap hos barna. Tilsyn har vist manglende målsettinger ved vekttap og uklar rolle- og ansvarsfordeling mellom boligen, foreldrene og fastlegen⁹.

Tilsyn har også vist mangel på avvikshåndtering. hjelpebehovene til barna er ofte komplekse og krevende, og konsekvensene av svikt i tjenestene kan være alvorlige.

⁸ Rapport fra tilsyn med helse- og omsorgstjenester til barn og unge i barne- og avlastningsbolig ved Balsfjord kommune, Sandbukta barne- og avlastningsbolig 2012

⁹ Helsetilsynet 2009. Tilsyn med Risør kommune Sosial- og helsetjenester til barn i barne- og avlastningsboliger

Flere av tilsynsrapportene viste at det var mangelfull forståelse blant personalet av hva avvik kan være og hvordan det rutinemessig skal rapporteres¹⁰. Manglende system og oppfølging innebærer at kommunen ikke kan bruke avvikene som ledd i kommunens forbedringsarbeid.

Oppsummert finner vi at det i barne- og avlastningsboligene blant annet er risiko for følgende:

- Mangelfull observasjon av sykdomsutvikling
- Feil i legemiddelbehandling/legemiddelhåndtering/ observasjon av eventuelle reaksjoner på tilført legemiddel
- Feil bruk av medisinsk utstyr
- Teknisk svikt ved medisinsk utstyr
- Skader ved stell, forflytning og mating
- Svikt i ernæring

3.5 Relevante saker hos NPE¹¹

NPE har ikke hatt søknader som gjelder skader voldt av helsepersonell i barneboliger. NPE har i perioden 2007-2011 hatt omtrent 170 relevante skadesaker fra kommunehelsetjenesten om barn i alderen 0-17 år (se tabell i vedlegg 2). Det er gitt medhold i 20 av sakene. Resten av sakene ble avvist, fikk avslag eller var foreldet. De 20 sakene gjaldt feilmedisinering, vaksineskade, behandling av kuttskade, med mer. (For informasjon om utbetalinger, se kapittel 7)

¹⁰ Helsetilsynet 2009. Tilsyn med helse- og sosialtjenester til barna i avlastningsboligen for barn- og unge i Overhalla kommune.

¹¹ Det er noe usikkerhet knyttet til tallene i dette avsnittet, siden noe av tellerarbeidet er gjort manuelt.

4 Rusinstitusjoner

I dette kapittelet beskrives rusinstitusjonene med hensyn til formål og antall, generelle helseproblemer hos personer med rusavhengighet, ulike tjenestetyper, personellsammensetning i institusjonene, typer skader og risiko for pasientskader i rusinstitusjonene.

SSB har ikke tall på institusjoner, plasser eller personelltall for rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det finnes heller ikke andre typer nasjonale data for disse rusinstitusjonene. Tall på plasser og institusjoner baserer seg på en landsomfattende oversikt utarbeidet av SIRUS i 2007¹² og en oversikt over Oslos rusinstitusjoner fra 2011¹³. Tall på institusjoner og plasser som oppgis på landsbasis er derfor usikre. En ny landsomfattende oversikt over rusinstitusjonene krever imidlertid et eget større arbeid.

4.1 Antall og formål

Med rusinstitusjoner menes her institusjoner som er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3- 2 første ledd nr. 6 bokstav c, jf forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon av 16. desember 2011 nr. 1254 § 1 b: "Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige". Rusinstitusjonen faller ikke inn under begrepet helseinstitusjon, jf forskriftens § 2. Rusinstitusjoner kan være kommunalt eid og drevet, eller drevet av private og ideelle institusjoner etter avtaler med kommunene. Plasser ved private og ideelle institusjoner som er privat finansiert og som ikke er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven vil falle utenfor.

SIRUS' landsomfattende oversikt fra 2007 lister opp 80-90 rusinstitusjoner hjemlet i den tidligere sosialtjenesteloven, med for hele landet utenom Oslo omtrent 1500 plasser (se liste i vedlegg 3). Vi må anta en del endringer når det gjelder rusinstitusjonene rundt i landet, men et søk på internett viser at en stor andel av institusjonene fra 2007 fortsatt eksisterer, omtrent 60-70 stk. Minst 10 av institusjonene ser imidlertid ut til å være lagt ned eller de har fått avtaler med spesialisthelsetjenesten. Vi må anta at noen nye rusinstitusjoner har oppstått. I noen av institusjonene vil en varierende andel av plassene være privat finansiert uten avtale med kommunen. Et eksempel er Evangeliesentrene som både har avtaler med kommunen og som tilbyr lavterskel omsorgs- og rehabiliteringstjenester finansiert ved private pengegaver.

Oslo kommune skiller seg fra resten av landet ved at de selv drifter mange rusinstitusjoner. Oslo kommune drifter omtrent 20 institusjoner selv, og i tillegg har kommunen avtaler med private og ideelle organisasjoner og kjøper institusjonsplasser hos disse (se liste i vedlegg 3). Til sammen har Oslo kommune omtrent 700 plasser¹³. I resten av landet er det ikke vanlig at kommunene drifter egne institusjoner. Kommunene bruker i større grad kommunale boliger og

¹² SIRUS 2007. Tiltak for rusmiddelbrukere, landsdekkende oversikt SIRUS.

¹³ Tiltakskatalogen 2011. Oslo kommune Rusmiddeletaten.

sykehjem, med tjenester tilpasset den enkelte bruker. Institusjonstilbudet til personer med rusavhengighet utenom Oslo består primært av tilbud fra private ideelle organisasjoner og av institusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Rusinstitusjonene etter helse- og omsorgstjenesteloven har ulike formål. Man kan grovt dele institusjonene inn i tre typer etter hovedformålet:

1. Rehabiliteringsinstitusjoner
2. Omsorgsinstitusjoner
3. Lavterskelinstitusjoner med skadeforebygging

Det vil imidlertid være flytende grenser mellom rehabilitering og omsorg. Omsorg vil også omfatte skadeforebygging.

Både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunen håndteres rusmiddelavhengighet i økende grad innenfor et medisinsk perspektiv, i tillegg til et sosialfaglig, psykologisk og samfunnsfaglig perspektiv¹⁴ (Meld. St.30 2011-2012). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er alminneliggjort som en del av det generelle tiltaksapparatet for rusmiddelavhengige. I 2011 var 6500 personer i aktiv LAR-behandling.

4.2 Helseproblemer hos personer med rusmiddelavhengighet

Risikoen for sykdom, helseplager, skader og sosiale problemer øker med økt bruk av rusmidler. Blant store grupper av rusmiddelavhengige er den somatiske og psykiske helsetilstanden generelt dårlig. Mange har et komplekst sykdomsbilde og lider av flere sykdommer og plagsomme tilstander på en gang. Sykdommene kan også både forverres og forveksles med rusmiddelpåvirkning.

Personer som injiserer rusmidler er utsatt for ulike infeksjonssykdommer. De er også utsatt for mange alvorlige smittsomme sykdommer som hepatitt B og C og hiv-infeksjon. Andre helseskader er hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer og ulike smertetilstander. Videre bidrar ernæringsforhold ofte til dårlig tannhelse og mangelsykdommer¹⁵. Andre alvorlige somatiske sykdommer forekommer også hyppigere hos gruppen av rusmiddelavhengige enn i befolkningen generelt. De vanligste akutte somatiske helseproblemene er overdoser, skader og akutte infeksjoner¹⁶.

Sammenhengen mellom rus og psykiske helseproblemer er også godt dokumentert. Jo mer alvorlige rusproblemene er, jo høyere er forekomsten av psykiske lidelser¹⁴. Mange personer med rusmiddelavhengighet sliter med psykiske problemer som angst og depresjon, eller har en dobbeltdiagnose, det vil si samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmiddelmisbruk.

Dødeligheten blant personer med omfattende og langvarig narkotikabruk, inkludert blandingsbruk, er om lag 10-20 ganger høyere enn for befolkningen generelt. Overdosedødsfall er en særlig fare ved injisering av narkotiske stoffer. Personer

¹⁴ Meld. St.30 (2011-2012) Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. alkohol – narkotika – doping

¹⁵ Blystad, Hans. Smittevernboke. Folkehelseinstituttet 2011.

¹⁶ Skeie, Ivar: Rus skjuler sykdom. Leder. Norsk tidsskrift for legeforeningen nr. 3, 2007.

med rusavhengighet har også større risiko for å begå selvmord ¹⁷.

4.3 Tjenestetyper

Beskrivelsen av tjenestetyper i dette avsnittet er basert på beskrivelsene i Oslo kommunes konkurransegrunnlag 2010 ved anskaffelsen av tjenester til rusmiddelmisbrukere¹⁸. Vi antar at beskrivelsen dekker bredden i tjenestene som ytes ellers i landet, enten de er beskrevet i avtaler/instrukser eller ikke. Tjenestene deles her inn i fire typer, men de samme institusjonene tilbyr ofte tjenester innenfor hele spekteret av tjenester:

1. Rehabiliteringstjenester
2. Korttidsplasser
3. Omsorgstjenester
4. Tjenester for rusmiddelavhengige med særlig behov og uforutsigbar adferd

4.3.1 Rehabiliteringstjenestene

Intensjonen med rehabiliteringstjenestene er at brukerne skal kunne leve et liv uten rusmidler og bli best mulig integrert i samfunnet gjennom:

- integrering i arbeidsliv og/ eller utdanning
- et fast og trygt bosted
- en meningsfull fritid
- et godt sosialt nettverk
- oversikt, og helst kontroll, over sin økonomiske situasjon
- et avklart forhold til sine egne barn og/eller andre nære pårørende

Rehabiliteringsinstitusjonene skal gi brukerne bistand til rusmestring/ regulering og skjerme dem fra rusmidler. Dette er en forutsetning for oppnåelsen av andre rehabiliteringsmål. Brukerne får råd og veiledning og/eller praktisk trening i ulike strategier for å forebygge tilbakefall til skadelig bruk av rusmidler.

Brukerne får ferdighetstrening i hverdagslige gjøremål som matlaging, vask av klær, hygiene, innkjøp i butikker, normalisering av døgnrytmen, etc. De får også ferdighetstrening i å kunne ha sosial omgang med andre mennesker uten bruk av rusmidler, samt motivasjon til å bruke ulike former for fritidstilbud.

Rehabiliteringsinstitusjonene gir også tilbud til brukere med legemiddelassistert rehabilitering. Noen av rehabiliteringsinstitusjonene ivaretar praktisk håndtering, oppbevaring og utdeling av legemidler (Metadon/ Subutex eller lignende).

¹⁷ SIRUS-rapport 3/2010: Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk.

¹⁸ Oslo kommune. Rusmiddeletaten. Konkurransegrunnlag 2010. Anskaffelse av tjenester til rusmiddelmisbrukere.

4.3.2 Korttidsplasser

Korttidsplassene kan være rusfrie eller uten krav om rusfrihet, og formålet kan variere. Formålet med de rusfrie korttidsplassene kan være skjerming i et rusfritt miljø i ventetiden til et lengre behandlings- eller rehabiliteringsopphold ved andre institusjoner. Det kan også dekke et behov for en mellomstasjon etter et opphold i spesialisthelsetjenesten. Andre ganger er korttidsplassen et tilbud til brukere som bor i egen bolig og som trenger stabilisering, rammer og støtte for å fortsette å holde seg rusfrie.

Under korttidsoppholdet kan bruker og tjenesteyter sammen definere delmål som bruker skal begynne å arbeide med; for eksempel ernæring, hygiene, helse, kosthold. Andre delmål kan være å opprette kontakt med fastlegen og andre viktige instanser som distriktpspsykiatriske sentre (DPS) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Formålet med en korttidsplass uten krav om rusfrihet kan være å gi et stabiliserende opphold for å kunne ivareta helse, hygiene og døgnrytme hos en bruker med rusmiddelavhengighet. Tjenesten har da ofte fokus på rusregulering og mestring, brukers helse samt på et mer varig tilbud etter oppholdet. Bruker vil ofte ha behov for medisinsk tilsyn og medisinerings. Ofte er det snakk om brukere med LAR, og institusjonen samarbeider med fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Oppholdets lengde kan variere fra noen dager eller uker.

4.3.3 Omsorgstjenester

Formålet med omsorgsinstitusjonene er å gi et tilbud til rusmiddelavhengige med somatiske og/eller psykiske lidelser. Spannet i funksjonsnivået hos beboerne kan være stort. Den enkelte beboer kan også ha et variabelt funksjonsnivå. Omsorgsinstitusjonene etterstreber et så rusfritt miljø som mulig for å øke funksjonsnivået.

Brukerne har behov for at helsen deres blir ivaretatt og institusjonene vil ofte kunne tilby enklere helsetjenester som praktisk bistand til medisinerings, sårstell, hygiene og kosthold. Oftest er det snakk om ansvarliggjøring, oppfordring og støtte til egenomsorg heller enn pleie, men det kan også være pleiebehov hos beboere som er gamle og sterkt preget av rusmisbruket. Når det gjelder kosthold kan det i en god periode holde med en påminnelse om å spise, i en dårlig periode må maten kanskje serveres på rommet.

Beboerne i omsorgsinstitusjonene vil ha behov for medisinerings og medisinsk tilsyn. Noen omsorgsinstitusjoner rundt i landet vil nok samarbeide med hjemmesykepleien om denne typen tjenester, men i Oslo er hovedregelen at hjemmesykepleien i bydelen ikke brukes i omsorgsinstitusjonene. Ved forverret helsetilstand og behov for tjenester på sykehjemsnivå vil overføring til sykehjem være aktuelt.

4.3.4 Tjenester for rusmiddelavhengige med særlig behov

Enkelte institusjoner tilbyr plasser og tjenester til rusmiddelavhengige med særlig behov og som oppleves å ha uforutsigbar, utagerende og til dels voldelig adferd.

Disse brukerne klarer ikke å nyttiggjøre seg ordinære tilbud og kan ha forsøkt mange ulike tilbud tidligere. Mange kan være undermedisinert for psykiske lidelser.

De viktigste intensjonene med tilbudet er skjerming og adekvat medisinering, noe som erfaringsmessig medfører større mulighet for at brukeren kan overføres til andre tiltak, enten innen spesialisthelsetjenesten eller kommunens ordinære tiltak. Oppholdet skal gi stabilitet, oppfølging, tilsyn, struktur og skjerming fra rus.

Brukerne vil ha behov for medisinsk tilsyn, undersøkelser og medisinering. Institusjonene må ivareta at brukerne blir medisinert på en adekvat måte, enten gjennom egne legetjenester eller i samarbeid med fastlegen og/eller spesialisthelsetjenesten. De må også kunne håndtere LAR.

Disse tjenestene har fokus på å hindre rusepisoder og tilbakefall. Institusjonene vil kunne ivareta ukompliserte avrusningsbehov, men ved behov for mer komplisert avgiftning, blir dette gjennomført i spesialisthelsetjenesten.

4.4 Personellsammensetning

SSB har ikke tall for personellsammensetning i rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven. En landsomfattende kartlegging av personell i de kommunale rusinstitusjonene krever et eget større arbeid.

Personellet i rusinstitusjonene består av sosialfaglig personell, helsepersonell, miljøterapeuter, assistenter og folk uten utdanning men med ulik bakgrunn og erfaring. Tradisjonelt har kommunalt rusarbeid vært sosialt arbeid, men de senere år har helsepersonell kommet inn i tjenestene. Den helsefaglige kompetansen er imidlertid variabel. Oslo kommune stiller krav om treårig sosial- eller helsefaglig bakgrunn i sine institusjoner. De stiller altså ikke spesifikke krav om helsepersonell.

Et nettsøk på hjemmesidene til institusjonene rundt i landet viser at en del institusjoner har ansatt noe helsepersonell. Et eksempel er Stiftelsen Fredheim, eid av 22 kommuner i Hedmark. Institusjonen har 45 plasser. 20 plasser er reservert Oslo kommune etter avtale, og 22 plasser etter avtale med Helse Sør-Øst. Fredheim oppgir i sin årsmelding følgende personell; en lege (20 % stilling), en psykiater, en psykologspesialist, fem syke/vernepleiere, to sosionomer, en sosialsekretær, 21 miljøarbeidere, flere med videreutdanning innen rusproblematikk. Et annet eksempel er Blå Kors i Råde, med 22 omsorgsplasser for personer med rusavhengighet. Her har de sykepleier i 40 % stilling og en psykolog som veileder personalet.

En stor andel av rusinstitusjonene har imidlertid ansatt få eller ingen helsepersonell. Et eksempel er enkelte Evangeliesentre der ansatte kan være tidligere rusmiddelavhengige og miljøarbeidere uten formell helsekompetanse¹⁹

¹⁹ Helsetilsynet 2006. Rapport fra tilsyn med ved Dårvunjarga Evangeliesenter i Karasjok (2006)

4.5 Typer skader og risiko for skader

Noen av rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven kan til en viss grad sammenliknes med tverrfaglig spesialiserte tjenester til rusmiddelavhengige. I den motsatte enden finner man lavterskelinstitusjoner med tak over hodet og skadereduksjon som formål. Eksempler på slike lavterskelinstitusjoner er Ila hybelhus og Dalsbergstien hybelhus i Oslo.

Mellom disse ytterpunktene finner man rehabiliterings- og omsorgsinstitusjoner med eller uten helsepersonell. Hos alle disse kan det være behov for kompetanse og risiko for svikt på områdene førstehjelp, avrusning, overgrep, ernæring, smitteregimer, observasjon av fysisk og psykisk sykdomsutvikling/ forverring av tilstander og medisin håndtering. Institusjonene må kunne se behovet for helsehjelp og ha rutiner for å ta kontakt med og samarbeide med øvrige helsetjenester og her kan det svikte.

Oppsummert; i rusinstitusjonene er det blant annet risiko for følgende pasientskader:

- Manglende førstehjelp
- Skader under avrusning
- Feil i medisin håndtering
- Ernæringssvikt
- Svikt i hygiene og smittevern
- Manglende observasjon av infeksjoner og sykdomsutvikling
- Selvskading, overgrep, overdose

4.6 Relevante saker hos NPE²⁰

NPE har i perioden 2010-2011 hatt til sammen omtrent 15 saker fra rusinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (se tabell i vedlegg 2). I to av sakene er det gitt medhold; en overgrepssak og en sak som gjaldt mangelfull oppfølging og videre henvisning. (For informasjon om utbetalinger, se kapittel 7)

²⁰ Det er noe usikkerhet knyttet til tallene i dette avsnittet, siden noe av tellingen er gjort manuelt.

5 Aldershjem

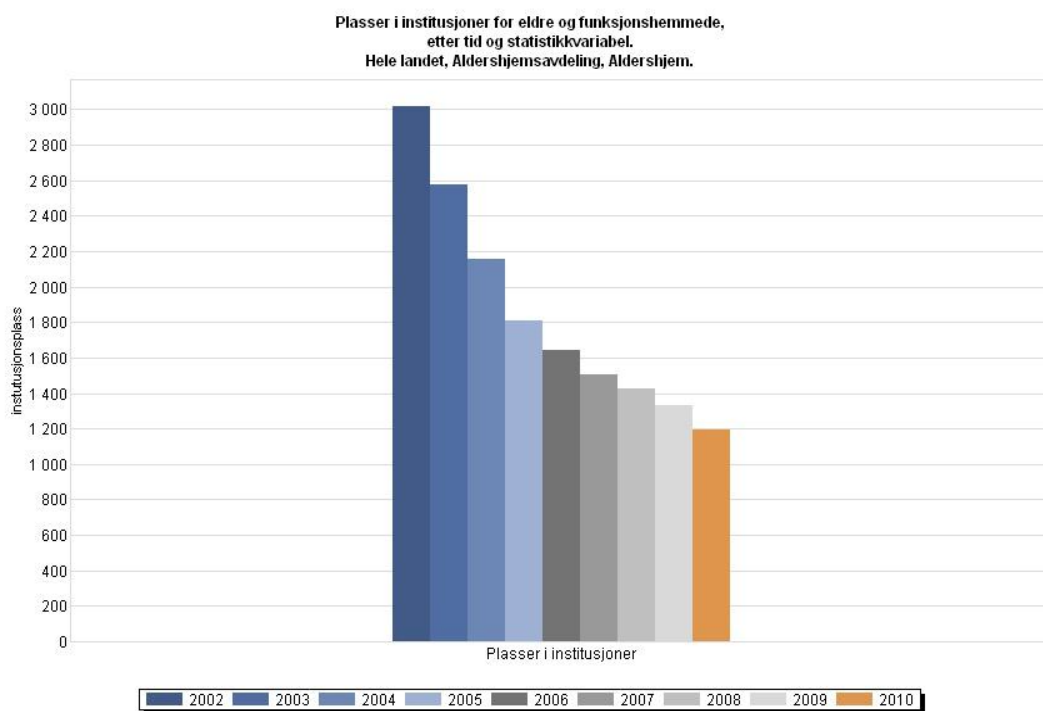
5.1 Formål og antall

Aldershjem regnes som en institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3- 2 første ledd nr. 6 bokstav c, jf forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon av 16. desember 2011 nr. 1254 § 1 bokstav d.

Aldershjem har mindre bemanning enn det et ordinært sykehjem har. Formålet med opphold på aldershjem har tradisjonelt vært tilsyn, noe praktisk hjelp, trygghet og sosialt samvær, heller enn medisinsk behandling og/eller sykepleie. I dag er aldershjemmene organisatorisk samlet under kommunenes helse- og omsorgstjenester og er som regel under ledelse av helsepersonell. Pleie og helsehjelp er en stadig større del av tilbudet i aldershjemmene.

Aldershjemmene er nå i ferd med å fases ut; antallet aldershjems plasser har gått kraftig ned de siste ti årene. I 2000 var det registrert 6085 aldershjems plasser i Norge, mens i 2010 var det registrert 63 aldershjem med til sammen 1196 plasser (se figur 1). Antallet sykehjems plasser har økt noe i samme periode, det samme har antallet serviceboliger og omsorgsboliger. Endringene gjenspeiler bevisst politikk med mål om at flest mulig skal kunne bo i egen bolig; hjemmetjenester har økt i omfang mens institusjonsopphold forbeholdes de mest pleietrengende.

Figur 1.



5.2 Tjenestetyper

Bistandsbehovet hos beboerne i aldershjem er ikke like stort som hos beboerne i somatiske sykehjem, men flertallet av beboerne i aldershjem har et omfattende bistandsbehov (Tabell 3.) Tabell 3 viser bistandsbehovet hos beboere i aldershjem sammenliknet med beboere i sykehjem. Tallene er hentet fra IPLOS-registeret. Innholdet i bistandsvariabelen, metoden for utregning av bistandsbehov og kvaliteten på dataene beskrives nærmere i IPLOS-rapport 33/2011²¹.

Tabell 3 viser at brukerprofilen hos aldershjemmene er noe ulik profilen hos sykehjemmene. 57 % av beboerne i aldershjem har et omfattende bistandsbehov, mens 81 % av beboerne i sykehjem har tilsvarende bistandsbehov. 35 % av beboerne i aldershjem har et middels til stort bistandsbehov, mens 16 % av sykehjemsbeboerne har tilsvarende.

Tabell 3. Brukere av aldershjem og somatisk sykehjem fordelt på bistandsbehov. Antall brukere (prosent). 2011 foreløpige tall. Kilde: IPLOS

	Somatiske sykehjem	Aldershjem
Noe/avgrenset bistandsbehov (%)	561 (1,8)	88 (7,6)
Middels til stort bistandsbehov (%)	4978 (16,3)	410 (35,3)
Omfattende bistandsbehov (%)	24828 (81,3)	657 (56,5)
Uoppgitt bistandsbehov (%)	166 (0,5)	7(0,6)
I alt (%)	30533 (100)	1162 (100)

Tilsynsrapporter viser at mange av dagens beboere på aldershjem er demente og har daglig behov for helse- og omsorgstjenester. Eksempler er Soltun alderspensjonat på Sola der omtrent halvparten er demente²² og Skårerheimen aldershjem i Haugesund der mesteparten av beboerne er demente²³ Mange aldershjem beholder beboerne så lenge som mulig for at de skal slippe å flytte. Helsehjelp og pleie utgjør en stadig større del av tjenesteytingen i aldershjemmene. Fylkesmannen i Aust-Agder skriver at aldershjems plassene er til forveksling lik sykehjems plassene²⁴.

5.3 Personellsammensetning

Aldershjemmene har som oftest mindre bemanning enn det et ordinært sykehjem har. De som jobber i aldershjemmene er stort sett helsepersonell og pleiepersonell uten helseutdanning (se tabell 4). 67 % av de som arbeidet i aldershjem i 2010 var helsepersonell, mens 30 % var pleiepersonell uten helseutdanning. I sykehjemmene var andelen helsepersonell 73 %. Andelen helsepersonell er altså størst i sykehjemmene, men forskjellen mellom sykehjem og aldershjem er bare 6 %.

²¹ http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_201133/rapp_201133.pdf

²² Rapport etter uanmeldt tilsyn med Soltun alderspensjonat 2011. Fylkesmannen i Rogaland.

²³ Rapport etter tilsyn med Skårerheimen aldershjem 2011. Fylkesmannen i Rogaland

²⁴ Fylkesmannen i Aust-Agder. Høringsuttalelse- Samhandlingsreformen 27.09.2011.

Tabell 4. Personellsammensetning i aldershjem og sykehjem 2010. SSB.

Personell	Aldershjem	Sykehjem
Helsepersonell	835 (67 %)	34805 (73 %)
Personell med annen relevant utdanning*	30 (3 %)	1014 (2 %)
Pleiepersonell uten helseutdanning	374 (30 %)	11646 (25 %)
Totalt	1239 (100 %)	47465 (100 %)

*Sosionomer, pedagoger, osv.

5.4 Typer skader og risiko for skader

Vi har identifisert få rapporter fra tilsyn med aldershjem som kan belyse type pasientskader i disse institusjonene. Helsetilsynet gjorde tilsyn med flere aldershjem i Rogaland i 2011, men det rettslige grunnlaget for tilsynene var sosialtjenesteloven og tilsynene hadde derfor naturlig nok ikke helsetjenester som tema.

Vi har imidlertid sett at aldershjemmene i stor grad kan sammenliknes med sykehjemmene med hensyn til beboernes bistandsbehov og personellsammensetning. Forhold som Helsetilsynet har avdekket ved sykehjem og i hjemmetjenesten kan representere en tilsvarende risiko for svikt ved aldershjem.

Et landsomfattende tilsyn med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre i 2010 viste store mangler når det gjaldt forebygging og behandling av underernæring hos eldre²⁵. Under tilsyn ble det bemerket at det ikke ble gjort systematisk kartlegging og vurdering av ernæringsmessig risiko ved blant annet innleggelse i sykehjem. Kartlagte behov ble ikke fulgt opp med ernæringsplaner. Tilsynet bemerket også at det etter kveldsmaten ved sykehjemmet kl.1830 kun serveres mat på forespørsel fra pasientene. Mangel på systematisk vurdering av øvrige pasienters ernæringsmessige behov medfører at enkelte venter inntil 15 timer før neste måltid. Dette gir risiko for underernæring.

Helsetilsynet har beskrevet legemiddelbehandlingen i sykehjem som særlig utfordrende fordi de fleste pasientene har flere kroniske sykdommer, bruker mange legemidler og har mental svikt som dominerende symptomer. Risikoen for at det i denne pasientgruppa kan oppstå alvorlige legemiddelrelaterte problemer er velkjent²⁶. Uavklarte samarbeidsrutiner og lite tilrettelegging for at personalet har nok tid og kompetanse til å kunne observere og rapportere om aktuelle bivirkninger eller virkninger, kan resultere i at viktig informasjon om pasienten ikke blir fanget opp og fulgt opp, verken av pleiepersonell eller legen.

Det forekommer også overgrep mot beboere i alders- og sykehjem²⁷. Overgrep kan være av typen omsorgssvikt/ neglisjering eller av typen fysiske, psykiske, økonomiske/ materielle og seksuelle overgrep.

²⁵ Rapport fra Helsetilsynet 5/2011. Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra landsomfattende tilsyn med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre.

²⁶ Rapport fra Helsetilsynet 7/2010. Sårbare pasienter – utrygg tilrettelegging. Funn ved tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem.

²⁷ Helsetilsynet. Tilsynsmelding 2010.

Oppsummert ser vi at det i aldershjem kan være risiko for pasientskader av typen:

- Ernæringssvikt
- Feil i legemiddelbehandling/legemiddelhåndtering
- Manglende observasjon av sykdomsutvikling
- Fallskader
- Overgrep

5.5 Relevante saker hos NPE²⁸

NPE har i perioden 2003-2011 hatt i overkant av 50 skadesaker fra sykehjem (se tabell i vedlegg 2). I omtrent 15 saker har det blitt gitt medhold. Skadene som fikk medhold gjaldt medisinerings (6), fall (4) og diverse (5). Diversekategorien inneholdt blant annet forsinket diagnose og brannskade på grunn av f.eks. røyking på senga, varmeovn eller varmeflaske. (For informasjon om utbetalinger, se kapittel 7).

²⁸ Det er noe usikkerhet knyttet til tallene i dette avsnittet, siden noe av tellingen er gjort manuelt.

6 Vurderinger og forslag

6.1 Bør pasientskadelovens virkeområde utvides?

Skader voldt under utøvelse av helsehjelp i barne- og avlastningsboliger, rusinstitusjoner og aldershjem omfattes ikke av dagens pasientskadelov, dersom ikke helsepersonell er involvert i skaden/svikten. Helsepersonell som yter helsehjelp er dekket uansett hvor de jobber, også i de aktuelle institusjonene.

Er det grunner som tilsier at pasientskadelovens virkeområde bør endres, slik at pasientskader voldt av andre personellgrupper også bør kunne gi rett til erstatning? Ordningen med pasientskadeerstatning har til nå vært forbeholdt pasienter som blir skadet i en behandlingssituasjon mens man er i kontakt med helsevesenet, og hvor det som hovedregel skjer en svikt ved ytelsen av helsehjelp.

Det fremgår av forarbeidene til pasientskadeloven at lovgiver var opptatt av å gi rettigheter til personer som oppholder seg i institusjoner hvor det ytes helsehjelp, og hvor nettopp ytelse av helsehjelp er en betydelig del av virksomheten.

Det har vært fremholdt at administrasjonsomkostningene ved å innlemme en institusjon i pasientskadeordningen må stå i forhold til det som oppnås. Tanken har vært at det ikke er grunn til å ta med grupper i erstatningsordningen hvis dette ikke samtidig resulterer i en klart bedret rettsstilling for mulige skadelidte. Spørsmålet om aldershjem burde inkluderes ble spesifikt drøftet under lovforberedelsen. Det endte med at aldershjemmene ble holdt utenfor, blant annet begrunnet med at formålet med opphold i aldershjem ikke var å få behandling.

Hvis det i praksis har skjedd en dreining av tjenestetilbudet i barne- og avlastningsboliger, rusinstitusjoner og aldershjem slik at det i dag ytes mer helsehjelp, og at man samtidig oftere står overfor behandlingssituasjoner som nevnt i pasientskadeloven § 1 annet ledd, vil den tidligere begrunnelsen for å holde institusjonene utenfor ordningen ikke være like viktig.

Jo mer helsehjelp som ytes av personellgrupper som ikke er autorisert helsepersonell eller deres medhjelpere, jo viktigere vil det være for brukerne og pasientene at institusjonen faller inn under lovens virkeområde i § 1 første ledd bokstav a). Det antas at enklere former for helsehjelp, herunder hjelp til forflytning, ernæring, sårstell m.m. ofte blir utført av andre enn de som i dag omfattes av pasientskadeloven. Om enn selve helsehjelpen ikke er avansert, foreligger et skadepotensiale også på dette området. Det viser oversikt innhentet fra NPE. Fallskader, smitte og infeksjon, samt brannskader/skolding er eksempler på skader som kan oppstå uten at det ytes avansert helsehjelp eller behandling. Også innenfor forebyggende helsearbeid og helhetlig rehabiliterings- og omsorgsarbeid foreligger et skadepotensiale, som forsinket eller manglende henvisning til lege.

6.2 Barneboliger

Som vi har sett ytes det betydelig grad av helsehjelp og pleie i barneboligene. Barneboliger kan sammenliknes med sykehjem når det gjelder personellsammensetning, tjenestetyper og risiko for pasientskader.

6.3 Rusinstitusjoner

Vi har sett en utvikling mot mer fokus på helse og helsehjelp innenfor rehabilitering og omsorg for rusmiddelavhengige, også innenfor rusinstitusjonene utenfor spesialisthelsetjenesten. Et annet utviklingstrekk som tilsier at tjenestene som gis i rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven vil endres er nedbyggingen av døgnbehandling innenfor spesialisthelsetjenester. Personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester får i større grad dette innenfor helse- og omsorgstjenesteloven, med eventuelt poliklinisk tilbud fra spesialisthelsetjenesten som supplement.

Gruppen av rusmiddelavhengige er utsatt for skader og sykdom. Oslo kommune har lang erfaring med rusinstitusjoner og har kommet langt med hensyn til krav til private ideelle organisasjoner. Oslo kommune stiller tydelige krav til institusjonene om å ivareta helsen til brukerne. Uten nasjonale føringer på dette feltet så anser vi at Oslo kommunes praksis foreløpig legger en viss standard for institusjonene og tjenestene ellers i landet.

Enklere helsehjelp som ytes i mange av rusinstitusjonene kan føre med seg risiko for pasientskader i institusjonene. Det komplekse og kompetansekrevede sykdomsbildet hos gruppen av rusmiddelavhengige og den variable helsefaglige kompetansen gir dessuten en særlig risiko for skade.

Vi har imidlertid sett at til tross for at rusinstitusjonene er hjemlet som «institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester», så har institusjonene ulike formål. Noen rusinstitusjoner yter helsehjelp i betydelig grad, mens andre først og fremst tilbyr tak over hodet og mat. Omfanget av helsehjelp i institusjonene er usikkert. Noen rusinstitusjoner hører mer hjemme i pasientskadeloven enn andre. Vi finner imidlertid at det er vanskelig å skille mellom rusinstitusjonene etter formål og at et forsøk på å skille vil kunne kreve et komplisert regelverk eller skape tilfeldig forskjellsbehandling.

6.4 Aldershjem

Som vi har sett har det skjedd en dreining av tjenestetilbudet i aldershjem slik at det i dag ytes mer helsehjelp. Beboerne er ofte demente og bistandsbehovet er stort. Aldershjem kan sammenliknes med sykehjem når det gjelder personellsammensetning, tjenestetyper og risiko for pasientskader. Risikoen for pasientskader må antas å være på samme nivå som i sykehjem.

6.5 Konklusjon

Utredningsgruppen anbefaler at pasientskader voldt i barne- og avlastningsboliger, rusinstitusjoner og aldershjem bør omfattes av pasientskadeloven. Inkludering av de aktuelle institusjonene i pasientskadeloven betyr for det første et sterkere vern ved pasientskader voldt av for eksempel sosialfaglig personell, assistenter og vikarer. Inkludering betyr for det andre et sterkere vern ved skader som resultat av systemsvikt/skader der enkeltpersoner ikke kan stilles ansvarlig.

7 Økonomiske og administrative konsekvenser

Dette kapittelet omhandler de økonomiske og administrative konsekvensene av å inkludere henholdsvis barne- og avlastningsboliger, rusinstitusjoner og aldershjem i pasientskadelovens virkeområde. Beskrivelsen tar utgangspunkt i det som har kommet frem om dagens institusjoner. Nedbygging eller endring av barne- og avlastningsboliger, rusinstitusjoner og aldershjem vil påvirke de økonomiske konsekvensene. Beskrivelsen tar også utgangspunkt i relevant skadestatistikk fra institusjoner som likner på de aktuelle institusjonene.

7.1 Inkludering av barne- og avlastningsboliger

NPE har foreløpig ikke hatt noen pasientskadesaker fra barne- og avlastningsboliger. Når det gjelder relevante skader hos barn 0-17 år behandlet i kommunehelsetjenesten utbetalte NPE omtrent 13 millioner kr totalt i 5-års-perioden 2007 til 2011 (se tabell i vedlegg 2), det vil si gjennomsnittlig omtrent 2,6 millioner kr i året. Gjennomsnittlig utbetaling var 668 000 kr per sak med stor variasjon i størrelsen på utbetalingene. Dette illustreres med 52 000 kr i medianverdi²⁹ og ved at tre utbetalinger var på over 2 millioner kr. Den høyeste utbetalingen var på 6 millioner kr.

Inkludering av barne- og avlastningsboliger i pasientskadeloven innebærer så langt vi klarer å vurdere det, bare en mindre utvidelse av ordningen med liten betydning og små økonomiske konsekvenser. En stor andel av de ansatte i barne- og avlastningsboligene er helsepersonell eller medhjelpere av helsepersonell, og er dermed allerede dekket av dagens pasientskadelov. Inkludering av barne- og avlastningsboliger som institusjon vil derfor ikke utgjøre noen særlig forskjell fra dagens situasjon, siden de fleste tilfellene av pasientskader fortsatt vil involvere helsepersonell. Det er vanskelig å tallfeste merkostnadene og beregne differensen ved å innlemme barne- og avlastningsboligene.

Å sette tall på sjeldne fremtidige skader hos få institusjoner blir ren gjetning. Med et begrenset antall saker blir det en naturlig variasjon i utbetalinger per år, det kan gå flere år mellom hver utbetaling som representerer en merkostnad i denne sammenheng. Det kan gå år helt uten utbetalinger knyttet til barne- og avlastningsboligene, eller det kan komme saker som involverer helsepersonell og deres hjelpere. Disse representerer ikke en merkostnad. Vi kan imidlertid heller ikke utelukke at det også kan komme saker som tidligere ikke ville ha blitt meldt til NPE fordi de skyldes systemsvikt eller svikt hos sosialpersonell eller ufaglærte og dermed ligger utenfor helsepersonellets ansvar. Ved alvorlig skade hos barnet og stor grad av invaliditet kan det dreie seg om utbetalinger på en eller flere millioner kr.

²⁹ Medianverdien er den midterste verdien når verdiene er ordnet i rekkefølge fra den laveste til den høyeste.

7.2 Inkludering av rusinstitusjoner

NPE har i perioden 2010-2011 hatt 11 saker fra rusinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og 3 fra kommunehelsetjenesten (se tabell i vedlegg 2). To saker fra rusinstitusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten har fått medhold; én overgrepssak og én sak om mangelfull oppfølging og videre henvisning. Utbetalingene var på ca. 250.000 kr for hver av sakene. Fem saker er fortsatt under utredning

Det er vanskelig å forutsi antall saker fra rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven utover det som ellers ville være dekket fordi helsepersonell eller deres medhjelpere er involvert.

Antall saker fra rusinstitusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten kan gi en viss indikasjon på antall saker som kan komme i rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven. Antallet døgnplasser i spesialisthelsetjenesten og antallet døgnplasser etter helse- og omsorgstjenesteloven er trolig innenfor samme størrelsesorden. Innenfor spesialisthelsetjenesten hadde man 1753 døgnplasser i 2011³⁰. Antall plasser i rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven er usikkert, men i 2007 hadde man på landsbasis utenom Oslo omtrent 1500 plasser i rusinstitusjoner etter sosialtjenesteloven. Oslo kommune har omtrent 700 plasser³¹.

Mindre grad av helsehjelp i rusinstitusjonene etter helse- og omsorgstjenesteloven enn i spesialisthelsetjenesten, og dermed mindre risiko for pasientskader, gjør det rimelig å anta færre saker her. En økt bevissthet om pasientsikkerhet generelt og om endring av pasientskadeloven spesielt kan imidlertid tenkes å bidra til at flere saker meldes inn til NPE. Gruppen av rusmiddelavhengige er utsatt for skader. Dersom enkelte får medhold og utbetalt erstatning, kan man tenke seg at det vil kunne medføre at flere blir oppmerksomme på muligheten til å fremme klage.

I saker som får medhold vil de fleste utbetalingene være forholdsvis små fordi mange personer med rusmiddelavhengighet i institusjon er uføretrygdde. I få saker vil det være snakk om å dekke inntektstap.

Så langt vi klarer å vurdere dette, innebærer inkludering av rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven i pasientskadeloven derfor forholdsvis små økonomiske konsekvenser i form av erstatningsutbetalinger.

7.3 Inkludering av aldershjem

Antallet aldershjem er lavt og minkende, med omtrent 1200 plasser. Aldershjemmene er i ferd med å fases ut og vil kunne forsvinne helt som institusjonstype. Andelen helsepersonell i aldershjemmene er stor og denne gruppen er allerede dekket av pasientskadeloven. Det øvrige personalet vil i de fleste pasientskadesaker være å anse som medhjelpere til helsepersonellet og vil

³⁰ Samdata 2011. Døgnplasser innen sektoren TSB. Offentlige og private behandlingsenheter. Regionale helseforetak.

³¹ Tiltakskatalogen 2011. Oslo kommune Rusmiddelstaten.

også være dekket etter dagens lov.

NPE har per i dag ingen saker fra aldershjem og få saker som gjelder sykehjem. I perioden 2003-2011 mottok NPE 54 søknader som gjaldt sykehjem, det vil si gjennomsnittlig omtrent 6 søknader per år (se tabell i vedlegg 2). Med omtrent 40.000 plasser i sykehjem og 1200 plasser i aldershjem, gir dette en indikasjon på hvor få søknader man kan forvente fra aldershjemmene.

Utbetalingene til sykehjemspasienter i pasientskadesaker er generelt små. I de 15 sakene der NPE gav medhold i perioden 2003-2011 var gjennomsnittlig utbetaling 63.000 kr.

Inkludering av aldershjem innebærer så langt vi kan vurdere derfor liten betydning i praksis og små økonomiske konsekvenser.

7.4 Inkludering av alle institusjonstypene

7.4.1 Utbetalinger

Det er vanskelig å tallfeste merkostnadene ved å inkludere barne- og avlastningsboliger, rusinstitusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven og aldershjem i pasientskadeloven. Det blir nærmest gjetting å skulle anslå tall på fremtidige skadesaker. NPE har tilnærmet ingen tidligere saker fra disse institusjonene, selv om man også etter dagens pasientskadelov har krav på erstatning i disse institusjonene når helsepersonell er involvert i pasientskader.

NPE har også et begrenset antall saker fra institusjoner det er mulig å sammenlikne med. Med et begrenset antall saker blir det en naturlig variasjon i utbetalinger per år. Skadestatistikken omtalt i avsnittene ovenfor gir en indikasjon på hva man kan forvente. Det er grunn til å tro at det kan bli svært få ekstra saker utover sakene man uansett ville hatt fordi helsepersonell er involvert, men man må ta høyde for noen flere saker i året. Det er usikkert hvor mange flere saker man må ta høyde for, men vi kan ikke utelukke at det blir noen titalls flere saker i året. Enkelte saker kan ha potensiale for store utbetalinger.

7.4.2 Administrasjonskostnader for NPE

Inkludering av de tidligere sosiale institusjonene og særlig rusinstitusjonene kan ha administrative konsekvenser for NPE. Det koster i gjennomsnitt omtrent 25 000 kr å behandle en sak i NPE. NPE vurderer normalt tjenestesvikt opp mot standarder og retningslinjer, og bruker medisinsk sakkyndige i utredningen.

Det er vanskelig å vurdere hvor mye en sak som gjelder pasientskade innenfor rusinstitusjonene vil koste å behandle, men 25.000 kr kan være et rimelig anslag. Antagelig dreier det seg hovedsakelig om enkle saker med mindre behov for medisinsk sakkyndige, men vurderingen av om saken faller innenfor pasientskadelovens dekning kan kreve noe merarbeid og manglende standarder og retningslinjer kan bli utfordrende. I noen saker kan det bli vanskelig å avgjøre om det foreligger svikt.

Videre vil det være utfordringer i forhold til innhenting av dokumentasjon, og kommunikasjon med erstatningssøkerne.

Vedlegg 1: Personellsammensetning i institusjoner (SSB 2010)

UTDANNING	Næring	87.102 Somatiske sykehjem	87.301 Alders- hjem	87.304 Avlastnings- boliger/ - institusjoner	87.305 Barne- boliger
Totalt plo-inst.	60 666	52 931	1 351	4 518	922
Psykiatrisk sykepleier	403	359	8	19	2
Geriatrisk sykepleier	868	819	25	13	1
Sykepleier med annen videreutd.	1 113	1 040	17	25	4
Andre sykepleiere	10 962	10 289	169	297	54
Vernepleier	1 196	481	20	516	138
Hjelpepleier	19 500	17 873	433	894	155
Ergoterapeut	281	207	0	33	7
Sosionom	171	87	1	60	15
Barnevernpedagog	169	34	1	101	28
Miljøterapeut	151	50	1	82	11
Aktivitør	521	449	16	43	6
Omsorgsarbeider	3 395	2 893	142	286	50
Barne- og ungdomsarbeider	241	76	3	118	42
Helsefagarbeider	427	383	18	21	4
Pedagog	611	318	8	231	43
Lege	202	191	3	3	1
Fysioterapeut	335	270	0	19	2
Annet pleiepers m høgsk. el. univ. helseutd.	693	556	13	92	24
Annet pleiepers. m vgs. helseutd.	1 052	925	18	79	19
Pleieass. hjemmetj. brukerrettet m vgs.	3 189	2 432	72	536	119
Pleieass. hjemmetj. brukerrettet u vgs.	9 126	7 733	271	891	184
Service	3 981	3 572	74	71	1
Administrasjon	861	788	12	49	2
Uspesifisert	1 215	1 105	26	41	11
Med fagutd.	41 755	36 839	892	2 908	602
Fravær	6 701	5 878	141	479	115

Vedlegg 2: Skadesaker og utbetalinger (NPE 2012)

Kategori (vedtaksår)	Antall saker	Antall og type saker - medhold	Utbetalinger (kr)
Generell pleie eller annen ukjent form for pleie/observasjon (Spesialisthelsetjenester, kommunehelsetjeneste) (2007-2011)	150 60 medhold - 90 avslag	20 fall/forflytning 17 smitte/infeksjon/ sår/ trykksår 4 brannskader/forbrenning 19 div (forsinket diagnose/forsvunnet tannprotese mm)	Totalt: 7 579 320 Gj.snitt:126 322 (5 000 – 1 675 000)
Sykehjem (2003-2011)	54 15 medhold – 39 avslag/avvist/ under arbeid	6 : medisinerer 4: fall 5: div (brannskade/ forsinket diagnose mm)	Totalt: 955 500 Gj.snitt: 63 000 (10 000- 160 000)
Pasientskader, barn 0-17 år Kommunehelsetjenesten (2007-2011)	173 20 medhold – 150 foreldet/avvist/ avslag	20: div (feilmedisinering/ vaksineskade/ behandling av kuttskade mm)	Totalt: 13 360 000 Gj.snitt 668 000 Median 52 000 3 saker > 2 mill Reservert: 11 360 640 Gj. snitt: 1 622 949
Rusinstitusjoner (Spesialisthelsetjenesten, andre) (2010-2011)	15 2 medhold 6 avslag 2 avvist 5 under utredning om medhold/ avslag	1 overgrepssak 1 mangelfull oppfølging og videre henvisning	260 000 237 000

Kommentarer til tabellen

- Merk at det er ulike tidsintervall for sakskategoriene i tabellen.
- Under pasientskadesaker barn 0-17 år er 26 saker som gjaldt forsinket diagnose fjernet da dette ikke ansees som relevant for barne- og avlastningsboliger.
- Sykehjem er ikke en egen kategori hos NPE, men tilhører kategorien "Annen kommunehelsetjeneste". Sykehjem er plukket ut etter en skjønnsmessig vurdering av navnet på skadevolder.
- Saker i kategorien "generell pleie/annen for form pleie/observasjon" kan også være registrert i kategoriene Sykehjem og Barn 0-17 år. Ti av sykehjemsakene inngår i kategorien generell pleie og fire av sakene som gjelder barn i kommunehelsetjenesten inngår i generell pleie.
- Rusinstitusjoner: 11 saker er fra spesialisthelsetjenesten. De øvrige sakene er først og fremst fra kommunehelsetjenesten.
- Beløpene kan inneholde enkelte feil siden noen av vedtakene er påklaget og enkelte saker står med ytterligere reserver.
- Tabellen kan inneholde feil fordi noe av tellingen er gjort manuelt.

Vedlegg 3: Rusinstitusjoner i Oslo og i resten av landet.

Tabell 1. Rusinstitusjoner i Oslo etter sosialtjenesteloven 2011. Kilde: Oslo kommune rusmiddeletaten. Tiltakskatalogen 2011.

Institusjon	Plasser
Bjørnerud Rehabiliteringssenter	22 plasser
Blindern Rehabiliteringssenter	18 plasser
Bosatt	8 plasser
Bygdøy Rehabiliteringssenter	19 plasser
Dalsbergstien Hus	50 plasser
Exit	10 plasser
Frelsesarmeen Rusomsorgen Den Åpne Dør	18 plasser
Fagerborg (Frelsesarmeen rusomsorg)	20 plasser
Fredensborg	39 plasser
Haugenstua Rehabiliteringssenter	28 plasser
Heimen (Frelsesarmeen rusomsorg)	24 plasser
Holmen – Kirkens bymisjon	20 plasser
Hovin Rehabilitering og Omsorgssenter	34 plasser
Ila Hybelhus	76 plasser
Karlsborg Rehabiliteringssenter	27 plasser
Kirkens Bymisjon Enga	35 plasser
Kvinnetiltaket Bryn	26 plasser
Kvinnetiltaket Josefines Hus	8 plasser
Lassonløkken Rehabiliteringssenter	10 plasser
Liankollen Rehabiliteringssenter	30 plasser
Marcus Thranes Hus	40 plasser
Sjøstrand Omsorgssenter, Vollen	32 plasser
Stensløkka Ressurssenter	17 plasser
Stiftelsen P22	31 plasser
Syningom Omsorgssenter, Austvatn	22 plasser
Tyrilistiftelsen rehabilitering	10 plasser
Thereses Hus	12 plasser
Vestli Rehabiliteringssenter	34 plasser

Tabell 2. Rusinstitusjoner etter sosialtjenesteloven (ikke Oslo). Kilde: Tiltak for rusmiddelmisbrukere, landsdekkende oversikt 2007. Listen er ufullstendig og ikke oppdatert. Enkelte institusjoner kan være nedlagt, omregulert til spesialisthelsetjeneste eller har endret plassstall. Nye plasser/institusjoner kan ha blitt etablert.

Institusjon	Kommune	Plasser
Blå Kors Hauga	Råde	22 plasser
Blå Kors Rehabiliteringssenter Østråt	Nesodden	29 plasser
Fjordtun Evangeliesenter	Gran	10 plasser
Gjerberg Evangeliesenter	Rakkestad	12 plasser
Granlien Evangeliesenter	Nes	16 plasser
GUTS	Drammen	8 plasser
Incita AS32	Skedsmokorset	140 plasser
Stiftelsen Fredheim 33	Ringsaker	20 plasser
Kildevangen Behandlingssenter	Skreia	27 plasser
Revita- Senteret A/S	Dombås	14 plasser
Evangeliesenter	Roa	14 plasser
Stiftelsen Biri Treningssenter	Moelv	30 plasser
Sperrebotn, Varna Evangeliesenter	Sperrebotn	50 plasser
Østerbo Evangeliesenter	Halden	150 plasser
Alfa Behandlingssenter	Ramnes	40 plasser
Blå Kors Internat	Kristiansand	16 plasser
Bygg 8	Skien	9 plasser
Filadelfia Omsorgssenter	Kristiansand	12 plasser
Frelsesarmeen Tønsberg Bo og Treningssenter	Tønsberg	20 plasser
Grubeli Rehabiliteringssenter	Tonstad	19 plasser
K.K Huset	Sandefjord	8 plasser
Kontakten Vennesla	Vennesla	13 plasser
Porsgrunn Inntakssenter (Evangeliesenter)	Porsgrunn	7 plasser
ReHaBo Notodden	Notodden	40 plasser

³² Oppgitt i Oslo kommunes tiltakskatalog 2011. Incita har 140 plasser i fem ulike enheter i landet; Hurdal, Flå, Eidsvoll, Øvre Romerike

³³ Oppgitt i Oslo kommunes tiltakskatalog 2011. Fredheim er et interkommunalt samarbeid i Hedmark fylke. Oslo kjøper plasser her.

ReHaBo Sandefjord	Sandefjord	29 plasser
Solbakken Evangeliesenter	Notodden	20 plasser
Stiftelsen Shalam	Kristiansand	8 plasser
Bergen Kontaktsenter	Bergen	8 plasser
Blomsterdalen Kollektivet	Bergen	8 plasser
Frelsesarmeen Bakkegaten Bo og Omsorgssenter	Bergen	37 plasser
Frelsesarmeen Bo- og Omsorgssenter	Haugesund	12 plasser
Frelsesarmeen Bu- og Omsorgssenter	Stord	7 plasser
Frelsesarmeens Hybelhjem	Bergen	31 plasser
Lagård Dagsenter og Nattlosji	Stavanger	14 plasser
Nubbebakken Blå Kors	Bergen	30 plasser
Odda Bo- og Omsorgssenter for Rusavhengige	Odda	8 plasser
Stavanger Inntakssenter	Stavanger	12 plasser
Stiftelsen Syd Vest	Stol	25 plasser
Blå Kors Steinvågveien 29	Ålesund	7 plasser
Eidsvågen Evangeliesenter (Inntakssenter)	Eidsvåg	10 plasser
Fossen Rusomsorg A/S	Meråker	30 plasser
Frelsesarmeen Rusomsorgen i Trondheim	Trondheim	32 plasser
Sentrum Kontaktsenter	Trondheim	18 plasser
Sørum Gård Rehabiliteringssenter	Trondheim	13 plasser
Vallersund Gård	Vallersund	5 plasser
Frelsesarmeen Bo- og Omsorgssenter	Bodø	18 plasser
J 49 – Vernet Botilbud	Bodø	16 plasser
Karasjok, Karasjok Evangeliesenter	Karasjok	18 plasser

Tabell 3. Rusinstitusjoner regulert av både spesialisthelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Kilde: Tiltak for rusmiddelmissbrukere, landsdekkende oversikt, SIRUS 2007.

Listen er ikke oppdatert. Enkelte institusjoner kan være nedlagt, omregulert eller har endret plasstall.

Institusjon	Kommune	Plasser etter sosialtjenesteloven
Frelsesarmeen Håpets Dør	Fetsund	29 plasser
Kvinnekollektivet Arken	Oslo	8 plasser
Stiftelsen Fossumkollektivet	Spydeberg	40 plasser
Stiftelsen Fredheim	Nes	40 plasser
Stiftelsen Rus- Nett	Råde	25 plasser
Stiftelsen Solliakollektivet	Reinsvoll	24 plasser
Sykehuset Innlandet HF, avd. rusrelatert psykiatri og avhengighet	Ottestad	18 plasser
Tyrilistiftelsen	Ringsaker m.fl.	20 plasser
Østfoldklinikken	Fredrikstad	37 plasser
Stiftelsen Karmsund ABR- senter	Avaldsnes	70 plasser
Klinikk Nord	Tana	20 plasser



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

