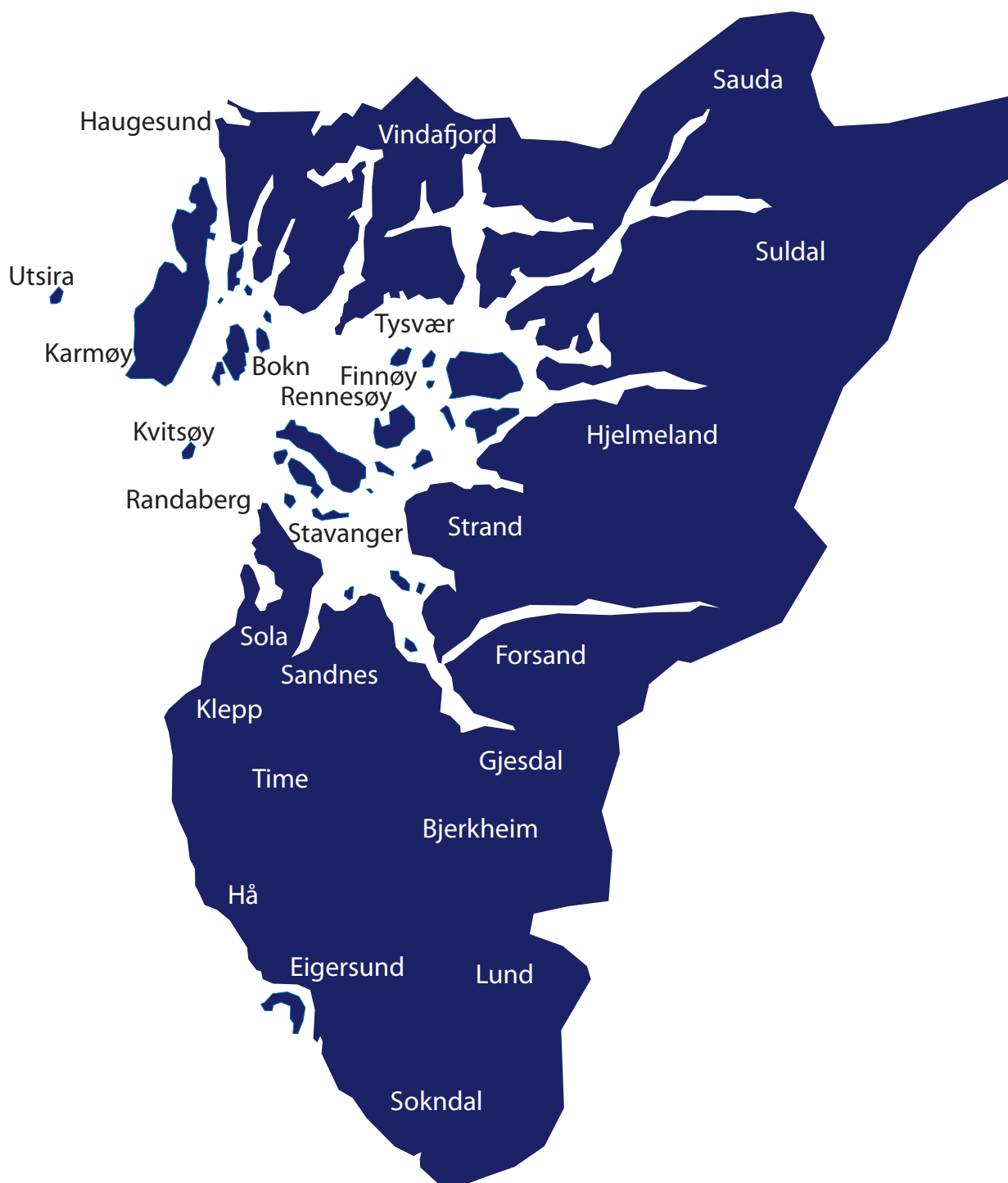


Årsmelding 2010

Rogaland



Forord

I 2010 mottok Pasient-og brukerombudet i Rogaland 1037 nye henvendelser. Dette er tilnærmet det samme som året før, da tallet var 1032. Henvendelsene gjelder alt fra enkle forespørsler som kan besvares på telefon, til alvorlige hendelser som krever mye arbeid med innhenting av dokumentasjon, deltakelse i interne-og eksterne møter og mye skrivearbeid.

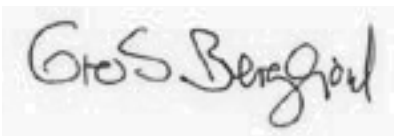
Rogaland ble tilført 2 nye stillinger ved utvidelsen i 2009, og vi har nå blitt husvarme i de nye lokalene våre i Gartnerveien 4 i Hillevåg. Arbeidsmiljøet oppleves som godt, og det er inspirerende å jobbe sammen med engasjerte ansatte. Det er stadige nye utfordringer å ta stilling til, da er det en styrke å ha et tverrfaglig miljø å arbeide i.

Det er nå over 16 år siden jeg begynte å arbeide som pasientombud. Mye har forandret seg i disse årene, og mye er det samme. Det er fortsatt slik at informasjon og kommunikasjon er tema i langt de fleste henvendelsene vi behandler, her vil det nok alltid være rom for forbedring.

Rogalands befolkning har en god helsetjeneste, både innen spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Antall henvendelser til pasient-og brukerombudet er lavt sett i forhold til antall pasientkontakter i den samlede helsetjenesten. De forhold vi tar opp i årsmeldingen viser likevel at helsetjenesten kan bli bedre. Det er å håpe at dere som leser denne finner noe dere kan ta lærdom av, noe dere kan ta med dere i det videre arbeidet, uansett hvilket nivå i helsetjenesten dere befinner dere på.

Benytter denne anledningen til å minne alle som arbeider innen helsetjenestene om at vi gjerne kommer på besøk for å snakke om erfaringene våre. Slike møter gir alltid ny lærdom til oss på ombudskontoret også.

Stavanger, 04.01.2011



Gro Snortheimsmoen Bergfjord
Pasient-og brukerombud

INNHold

1.	INNLEDNING	3
2.	OM PASIENT-OG BRUKEROMBUDET I ROGALAND	3
2.1	Rogaland fylke	3
2.2	Driftsforhold	3
2.3	Ekstern virksomhet	3
2.4	Antall henvendelser	4
3.	SÆRSKILTE FORHOLD I ÅRET SOM GIKK	4
3.1	Psykiatri	4
3.2	Private avtalespesialister	6
3.3	Rekonstruksjon av bryst	6
3.4	Ablasjonsbehandling	7
3.5	Individuell behandlingsfrist og behandlingsforløp	8
3.6	Taushetsplikt	8
3.7	Kreftbehandling – www.innen48timer.no	9
4.	SPESIALISTHELSETJENESTEN	10
4.1	Kvalitet	10
4.2	Pasientrettigheter	11
4.3	Pasientskader/komplikasjon	11
4.4	Forskjellige spesialiteter	12
4.4.1	Urologi	12
4.4.2	Rusbehandling i Rogaland	12
4.4.3	Psykiatri	13
5.	KOMMUNALE HELSE-OG SOSIALTJENESTER	15
5.1	Kommunehelsetjenesten	15
5.1.1	Allmennlegetjenesten	15
5.1.2	Heldøgns boform	16
5.1.3	Legevakt	17
5.1.4	Øvrige henvendelser	17
5.2	Sosialtjenesten	17
6.	FORLAG TIL TILTAK	18

1 Innledning

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter, (PrL.) kapittel 8. Ombudet skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Unntatt fra arbeidsområdet er miljørettet helsevern, økonomisk sosialhjelp og midlertidig bolig..

Pasient- og brukerombudene er administrativt knyttet til Helsedirektoratet, som har det formelle arbeidsgiveransvaret for ombudsordningen. Ombudet utøver sitt faglige virke selvstendig og uavhengig.

2 Om pasient- og brukerombudet i Rogaland fylke

2.1 Rogaland fylke

Rogaland fylke har drøyt 422 000 innbyggere fordelt på 26 kommuner, og er 9 140,6 km i utstrekning. Pasient- og brukerombudets kontor ligger i Gartnerveien 4 i Hillevåg, Stavanger. Telefonnr. er 95 33 50 50, e-post adresse er rogaland@pobo.no og nettsidene finner du på www.pasientogbrukerombudet.no

Det avholdes kontordager etter forhåndsavtale ved Haugesund sjukehus 1 – 2 ganger pr. måned.

2.2 Driftsforhold

Vi har fem årsverk til disposisjon, og er fem ansatte ved kontoret.

Lillian Harestad Goa, konsulent / legesekretær

Eva Høiby, rådgiver / sosionom

Marit Heskja, rådgiver / sykepleier

Anita Line Thorstensen, rådgiver / jurist

Gro Snortheimsmoen Bergfjord, pasient- og brukerombud / jurist

Budsjett og regnskap de 3 siste år	2008	2009	2010
Budsjett	1 837 000	2 373 000	3 406 000
Regnskap	1 720 000	2 258 000	3 218 943

Tallene viser at det er en stor økning i tildelte midler fra 2009 til 2010. Dette skyldes at vårt kontor ble tildelt 2 nye stillingshjemler i forbindelse med utvidelsen av pasient- og brukerombudsordningen 01.09.2009. Dette nødvendiggjorde en flytting til nye og større lokaler, med påfølgende økte kostnader. En av rådgiverne er innvilget permisjon i 40% pga omsorg for små barn, dette forklarer for en stor del differansen mellom budsjett og regnskap.

2.3 Ekstern virksomhet

Etter pasientrettighetslovens § 8-7 har pasient- og brukerombudet plikt til å gjøre ordningen kjent. Det er sendt ut brev med brosjyrer og plakater til alle kommuner, sykehjem, fengsel, videregående skoler og fastlegekontor. Vi har i 2010 prioritert informasjon til pasienter og brukere, vi tilskrev derfor en rekke organisasjoner og har som resultat av dette holdt foredrag rundt i forskjellige pasient- og brukerorganisasjoner. Vi har holdt foredrag i Helse Stavanger HF og Helse Fonna HF, deltatt i møter med kvalitetsråd i forskjellige klinikker og hatt møter med brukerutvalg og Helse Vest RHF. Vi holder foredrag om de erfaringen vi gjør oss og orienterer om ulike pasientrettigheter når vi får forespørsel om dette.

I 2010 har vi hatt møte med ledelsegruppen i Helse-Fonna HF, kontakten med Helse-Stavanger har vært på divisjons og klinikknivå.

Pasient-og brukerombudet deltar ellers på møter med Statens Helsetilsyn og Norsk Pasientskadeerstatning sammen med alle landets pasient-og brukerombud. Pasient-og brukerombudet deltar i Pasient-og brukerombudskollegiet som har 4 faste årlige møtepunkt. I 2010 deltok alle ansatte i fellessamling for ansatte ved pasient-og brukerombudskontorene i Kristiansand.

2.4 Antall henvendelser

2008	2009	2010
777	1032	1038

Det har vært samme pågang i 2010 som året før. Det forventes en fortsatt økning i kommunesakene, i 2010 var disse ca 20 % av alle henvendelsene.

3. Særskilte forhold i året som gikk

3.1 Psykiatri

Psykiatrisk klinikk i Helse Fonna HF har vært mye omtalt i 2010 etter at Helsetilsynet i Hordaland kom med kraftig kritikk i en tilsynssak. Dette førte blant annet til at styret i Helse Fonna HF engasjerte et uavhengig konsulentselskap, PWC, for å gjennomgå driften av Klinikk for psykisk helsevern. Dette resulterte i en rapport som er veldig interessant lesning.. Denne bør leses av alle som arbeider innenfor psykisk helse, her er det lærdom og hente for de fleste.

Rapporten bekrefter for en stor del mye av det inntrykket en har hatt ved ombudets kontor, og det er forhold som er omtalt i rapporten som en finner grunn til å ta inn i årsmeldinga. Psykiater Trond Aarres notat er av særlig interesse. I forhold til journalføring skriver han følgende:

” Journalane er i hovudsak velskrivne og ordna, men det er påfallande og systematiske manglar kva gjeld grunnlaget for diagnostikken: sjukesoge og status praesens. Eg finn desse nesten alltid for knappe til å kjenne meg viss på diagnosane som er sette.”

I forhold til diagnostisering skriver han følgende:

”Eg finn sjeldan gode diagnostiske vurderingar, men det finst strålande unnatak frå denne regelen. Grunnen er kanskje at manglane i journalmaterialet gjer differensialdiagnostikken vanskeleg. I fleire journalar nyttar ein strukturerte diagnostiske intervju i staden for – og ikkje som supplement til – sjukesoge og observasjonar. Det er etter mitt syn ikkje slik intervju skal nyttast. Det er døme på at svært alvorlege diagnosar er stilte utelukkande på bakgrunn av testar – og utan at journalen godtgjer at pasienten har symptoma som krevst for diagnosen.”

”I nokre saker er det drøfta i journalen at det er objektivt uvisst kva pasienten feilar. I slike høve finn eg det rart at ein ikke nyttar strukturerte intervju, systematiske symptomgraderingar eller komparentopplysningar. Eg fann ikkje at diagnostisk informasjon frå pårørande vart nytta i nokon journal. I nokre få polikliniske journalar gjekk det fram at saka vart drøfta med andre fagfolk.”

Videre skriver han under punktet som omhandler indikasjonsstilling:

”Eg ser sjeldan at effekten av behandling vert evaluert. Når pasientane ikkje har tilsikta effekt av åtgjerdene, finn eg sjeldan at ein drøfter alternativa eller lagar ein plan for den vidare innsatsen.”

Pasient-og brukerombudet kjenner seg godt igjen i det han skriver, og mener dette ikke er spesielt for Helse Fonna HF. Det er ombudets klare mening at en tilsvarende journalgjennomgang i Helse Stavanger HF ville vist mye av det samme, og vi tror heller ikke dette er spesielt for psykiatrien i Rogaland. Det er ikke sjelden pårørende forteller at de ikke blir hørt når de beskriver hvordan pasientene fungerer, for eksempel i forhold til medisiner og endring i denne. Likedan at det etterlyses andre behandlingsmetoder når det over lang tid viser seg at man ikke oppnår den ønskede bedring med den metoden den aktuelle behandleren har størst tro på, denne terskelen oppleves som høy.

Rapporten nevner videre at diagnostisering i poliklinikken ofte blir gjort av høgskoleutdanna, sjukepleiere, sosionomer og kliniske pedagoger. Samtidig står det å lese at i 18 av de 29 journalene er det indikasjoner på at pasientene kan være feildiagnostisert, eller at midlertidige usikre diagnoser er blitt permanente uten at det foreligger en grundig journalført vurdering. I de sakene som kommer til ombudets kontor kan det ofte se ut som at slike foreløpige diagnoser ender opp som den endelige, uten at det problematiseres nærmere. Likedan er det pasienter som stiller seg undrende til at diagnosen er satt av høyskoleutdannede. Det er veldig bra at dette nå er satt på dagsordenen i Helse Fonna HF. Ombudet er positiv til de tiltak som nå blir iverksatt i Klinikk for psykisk helsevern i Helse Fonna HF. Den største utfordringa blir kanskje å få alle ansatte til å ta inn over seg at endringene må skje på alle nivå, det må en holdningsendring til.

Av de sakene vi har som gjelder Helse Stavanger HF mener vi at det kan tas lærdom av denne rapporten også der. Vi har eksempler på saker der det synes som om foreløpige diagnoser blir endelige uten at en kan se dette nærmere dokumentert i journalen. En finner også grunn til nevne at det synes som å være lite rom for å lytte til anbefalinger fra andre behandlingssteder. Pasienter som har vært til fornyet vurdering andre steder kan oppleve stor uvilje i forhold til å få det behandlingstilbudet de har blitt anbefalt. Her synes det å være rom for forbedring ved Helse Stavanger psykiatrisk klinikk.

3.2 Avtalespesialister

Helse Vest RHF har driftsavtale med 289 privatpraktiserende spesialister innen somatikk og psykiatri. Disse er en viktig del av dagens spesialisthelsetjeneste, og historisk har disse ofte kort ventetid og de blir derfor mye brukt av fastlegene. I 2010 har vi sett eksempel på at bruken av privat avtalespesialist har medvirket til forsinket utredning og behandling, og vi finner det derfor rett å nevne dette her.

Det følger av Prl.§ 2-2 at pasienter som henvises til sjukehus har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager, og av Prl § 2-1, 2.ledd følger det at det skal settes en individuell behandlingsfrist for de pasientene som er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp. De private avtalespesialistene er ikke omfattet av dette. Vi har i 2010 sett eksempel på at det også for pasienter innenfor denne gruppen hadde vært ønskelig om de hadde hatt en individuell behandlingsfrist slik at de kunne påberopt seg fristbrudd når de venter for lenge. Dette fordi det nå viser seg at noen av avtalespesialistene begynner å få lengre ventetider. Det er ombudets mening at det er ugreit at pasientene ikke har de samme rettighetene hos avtalespesialistene som i sjukehusene, her bør det komme en endring.

Pasient-og brukerombudet mener at Helse Vest RHF har anledning til å innta dette i de avtalene de har med de private spesialistene. Dette vil føre til at pasientene får de samme rettighetene uansett hvor i spesialisthelsetjenesten de henvises til. Det oppfordres derfor til at det ved re-forhandlinger og inngåelse av nye avtaler med private spesialister pålegges disse både en vurderingsplikt innen 30 virkedager, og plikt til å gi pasientene en individuell behandlingsfrist.

En skal være oppmerksom på at fastlegene ikke har som rutine å informere pasientene om at det er forskjell på rettighetene deres om de henvises til privatpraktiserende spesialist eller direkte til sykehuset. Det en blir informert om hos fastlegen er som oftest at undersøkelsen er den samme, egenandelen er den samme og at det er kortere ventetid.

3.3. Rekonstruksjon av bryst

Kvinner som har operert bort brystene på grunn av brystkreft eller andre medisinske årsaker, har ofte en mulighet til å gjennomgå en operasjon for å rekonstruere brystene. En metode som er etterspurt av mange er kalt DIEAP-lapp. Etter at den operatøren som utført alle DIEAP-lapp operasjonene sluttet ved SUS høsten 2009, er det mange kvinner som har opplevd sterkt forlenget ventetid på sine brystrekonstruksjonsoperasjoner. Denne pasientgruppen er ikke omfattet av rett til nødvendig helsehjelp, og får derfor ingen individuell behandlingsfrist, de kan således ikke påberope seg fristbrudd med de rettigheter dette medfører.

Dette fører til at pasienter siden høsten 2009 har stått i en ventekø som mange har opplevd som uutholdelig. Vi har hatt mange samtaler med avdelingen om det aktuelle, og det er nå kommet en løsning som innebærer at man leier inn en svensk plastisk kirurg som opererer og lærer opp SUS-ansatte slik at sykehuset igjen skal få denne kompetansen. Det tok imidlertid alt for lang tid før denne avtalen ble iverksatt, de første operasjonene fant sted i oktober 2010. Etter det pasient-og brukerombudet forstår, var det økonomiske forhold som gjorde at det gikk så lang tid.før SUS igjen kunne tilby dette til sine pasienter. Det er ikke å overdrive når en sier at noen pasienter har stått ett helt år ekstra i ventekøen på grunn av dette, noe som kan være veldig belastende for den det gjelder.

Det har vært vanskelig for pasientene å vite om de fortsatt bør stå på ventelisten ved SUS, eller om de bør søke seg over til andre behandlingssteder. Vanskelig fordi det har vært umulig å få vite når SUS ville komme i gang med sitt tilbud. Dersom man hadde fått beskjed om at det ikke ville bli operasjoner før høsten 2010 ett år tidligere, er det nok mange pasienter som ville valgt seg vekk. Denne informasjonen forelå imidlertid ikke, det kom aldri noen klare svar, ”vi arbeider med saken” og til slutt var det finansieringen man ventet på.

Det oppfordres til at det satses på å få gjennomført disse operasjonene så raskt som mulig. Ledelsen i Helse Stavanger HF har tidligere uttalt at ingen pasienter bør vente mer enn ett år, selv om de ikke er rettighetspasienter, dette bør en fortsatt tilstrebe.

3.4 Ablasjonsbehandling

Pasienter med behov for ablasjonsbehandling for hjerteflimmer opplever stadig lang ventetid. Vi har hatt flere henvendelser vedr. dette, og vært direkte involvert i 2 saker hvor pasientene har valgt å reise til Danmark for egen regning for å få utført den behandlingen det er medisinsk enighet om at de har behov for. For å belyse hva som menes med lang ventetid kan det her nevnes at den ene av disse pasientene ble henvist til Haukeland Universitetssjukehus etter akutt innleggelse ved Stavanger Universitetssjukehus 05.08.2009, da pasienten kontaktet HUS den påfølgende måneden fikk han beskjed om at dato for planlagt innleggelse var 08.02.2011. Det vil si ett og et halvt års ventetid. Begge disse pasientene har forgjeves søkt Helse Vest RHF om dekning av behandlingsutgiftene. Avslagene begrunnes med at Helse Vest RHF ikke har avtale med aktuelt behandlingssted, som er Varde Hjerne Center i Danmark.

Helsedirektoratet har foretatt en faglig gjennomgang av kapasiteten for ablasjonsbehandling og denne konkluderer med at kapasiteten bør økes. Dette, kanskje kombinert med negativ omtale i media, har ført til at Helse-og omsorgsdepartementet har inntatt følgende i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2011:

”På bakgrunn av dei nye tilrådingane frå Helsedirektoratet for behandling av pasientar med atrieflimmer , og av omsyn til likebehandling av pasientane, finn departementet det riktig at alle pasientar med behov for ablasjon blir vurderte i forhold til prioriteringsforskrifta eller forsvarlegheitskravet, jf. brev frå departementet til dei regionale helseføretaka 27.10.2010.”

Det blir deretter bedt om statusrapportering for dette arbeidet innen utgangen av 1. tertial 2011.

Det er, etter det ombudet kjenner til, vedtatt at kapasiteten innen Helse Vest RHF's ansvarsområde skal økes slik at ventetiden blir kortere. Dette er selvsagt positivt, men det er en kjensgjerning at ting tar tid. En fremtidig utvidelse av kapasiteten hjelper ikke de pasientene som allerede venter, og har ventet lenge. Det er fortsatt slik at pasienter som henvises nå får beskjed om planlagt time i september 2012. Frem til den utvidede kapasiteten er på plass bør de, av hensyn til pasientene, vurderes om Helse Vest RHF kan inngå avtale med Varde Hjerne Center i Danmark eller tilsvarende behandlingssteder for å avhjelpe ventekøen.

3.5 Individuell behandlingsfrist og behandlingsforløp

Det fokuseres mye på individuell behandlingsfrist og antall fristbrudd både i helseforetakenes egne rapporter og i media. Helse Stavanger HF har stort fokus på at man skal kvitte seg med fristbruddene i løpet av 2011. Pasient-og brukerombudet ser selvsagt positivt på en slik målsetning. Av noen av de sakene vi har vært involvert i gjennom det siste året ser vi imidlertid at et slikt fokus kan være medvirkende til at en mister det videre behandlingsforløpet av syne. Vi ser gjentatte ganger at den fastsatte behandlingsfristen overholdes, men at det så synes som om fremdriften stopper opp.

”En av våre pasienter ble henvist inn til SUS for vurdering med tanke på vevsprøve av prostata 03.03.10 .pga forhøyet PSA-verdi. Han fikk time til dette 26.03.10, og dette var den undersøkelsen som han ble innkalt til innen ”fristen”. På grunn av forhold ved pasienten selv ble ikke vevsprøven tatt under denne undersøkelsen, pasienten måtte vente helt frem til 22.06.10 før denne ble tatt, kreftdiagnosen fikk han 20.07.10. Etter dette tok det så mer enn 2 måneder før pasienten ble søkt inn til en operasjon som hos lavrisikogruppen har en ventetid på ca 3 måneder. Han ble søkt inn til operasjon 29.10.10.

Etter at det var gått nærmere 4 måneder etter at han fikk kreftdiagnosen kontaktet pasienten Fritt sykehusvalg og fikk hjelp. Han ble operert ved Porsgrunn sjukehus 14 dager etterpå.”

Denne konkrete saken er klaget inn til Helsetilsynet, og er fortsatt under behandling der. Ombudet finner imidlertid grunn til å sitere fra den tilbakemeldingen SUS har gitt i saken:

”Med de ressursene vi har, vil vi ofte måtte strekke fristene for utredning og behandling så langt som mulig for å kunne ta hånd om den stadig økende pågang av pasienter som trenger vår hjelp”.

Denne uttalelsen finner ombudet urovekkende.

Pasient-og brukerombudet frykter at det er flere pasienter som kan fortelle om tilsvarende opplevelser. De blir gående i uvisse, og dette er en stor tilleggsbelastning når du vet du har en kreftdiagnose. Pasienter er ofte for tålmodige, mange våger ikke selv å ringe til behandlingsstedene for å etterlyse innkallinger og prøvesvar, de vil ikke mase, vil ikke være til bry. Ofte blir det pårørende som må ta kontakt på vegne av pasientene.

Helseforetakene må derfor bli flinkere til å skissere planlagte behandlingsforløp som pasientene kan forholde seg til, informasjon om dette må gis skriftlig og det må følges opp. Pasientene må gis trygghet for at de får rett behandling til rett tid. Kampen mot fristbruddene må ikke resultere i svekket behandlingskvalitet.

3.6 Taushetsplikt

Det er mange pasienter som i samtale med ombudet forteller om det de opplever som krenkelse av taushetsplikten.. Dette kan være inneliggende pasienter som ikke ønsker å høre om hva som feiler pasienten i nabosenga, og det kan være pasienter som sitter på venterommet hos fastlegen. Skrekkeeksempelet er den legen som står ved senga til pasienten og informerer om at pasienten har en alvorlig kreftdiagnose, og fortsetter med å si at *”han i nabosengen feiler det samme”*.

Ombudet bistod en LAR-pasient med å klage til Helsetilsynet etter en medisintildeling der det var en student til stede. Pasienten var ikke på forhånd forespurt om han tillot denne tilstedeværelsen, han ble informert om dette etter utdelingen. Pasienten følte seg etter dette utlevert, og opplevde at taushetsplikten var brutt. Helsetilsynet behandlet saken og konkluderte med at kommunen hadde handlet i strid med Helsepersonell. §§ 21 og 22.

Vi finner grunn til å gjengi et avsnitt i Helsetilsynets vedtak, dette fordi det er en viktig påminnelse for alt helsepersonell:

”Kommunen opplyser at observatøren var student og hadde praksis i regi av arbeidsgiver som var aktuell kommune. Studenten har således taushetsplikt. Helsetilsynet i Rogaland vil i den anledning bemerke at det er en utbredt misforståelse at helsepersonell uhindret kan snakke fritt om pasientene til annet helsepersonell eller andre med taushetsplikt. Helsepersonell har som utgangspunkt også taushetsplikt overfor hverandre selv om det finnes viktige unntak. Helsepersonell kan bare utlevere og motta taushetsbelagte opplysninger når pasienten har gitt samtykke eller det finne en lovhjemmel”

En annen måte å si det samme på er at det ikke eksisterer noe taushetspliktklubb. Det er viktig å ha dette i bakhodet for alle som arbeider innen helsetjenesten.

Det er også i 2010 pasienter som er bekymret for om venner og familie som arbeider innen helsetjenesten av ren nyfikenhet kan ha tilegnet seg opplysninger fra pasientjournalen. Alle pålogginger blir loggførte, og de som urettmessig tilegner seg helseopplysninger på denne måten risikerer både straff og tap av arbeid. Dette er noe alle ansatte i helsetjenesten bør ha i minnet.

3.7 Kreftbehandling – www.innen48timer.no

En av de pårørende som var i kontakt med ombudet etter å ha mistet et kjært familiemedlem i kreft i 2010, Halvor Wilberg, er initiativtaker til en kampanje kalt ”innen48timer”.

Denne kampanjen skal arbeide for å få norske myndigheter til å innføre en garanti for videre diagnostiske undersøkelser innen 48 timer når det foreligger mistanke om kreft. Dette er et veldig ambisiøst mål, men har sitt utspring i at Danmark i 2007 gav sine innbyggere en ventetidsgaranti om at ***”Ved mistanke om kreft skal videre undersøkelser være påbegynt senest innen 48 timer.”***

Initiativtakerne arrangerer det de omtaler som Norges viktigste kreftkonferanse i Sandnes kulturhus 17, mars 2011. I etterkant av konferansen vil de starte folkeaksjonen innen48timer.

Pasient-og brukerombudet er forsiktig med å engasjere seg i forhold til pasientorganisasjoner. Jeg velger likevel å engasjere meg i denne kampanjen, fordi kreft er noe som de fleste av oss dessverre har vært eller vil bli berørt av en eller annen gang i livet.

4 Spesialisthelsetjenesten

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester. De regionale helseforetakene er utøverleddet, og det er Helse Vest som har det såkalte ”sørge for-ansvaret” overfor innbyggerne i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane.

Det er Helse Stavanger HF og Helse Fonna HF som utgjør størstedelen av de henvendelsene ombudet mottar innenfor spesialisthelsetjenesten . Tabellen nedenfor viser antall henvendelser registrert på disse foretakene de 3 siste år.

	2008	2009	2010
Helse Stavanger HF	394	518	535
Helse Fonna HF	108	130	124

I tillegg har vi registrert nærmere 100 henvendelser innen spesialisthelsetjenesten vedr. andre foretak som Haukeland Universitetssjukehus, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesjukehus, Jæren DPS og andre private, herunder de tidligere nevnte avtalespesialistene.

Innen spesialisthelsetjenesten er det 4 medisinske fagområder som skiller seg ut når det gjelder antall henvendelser, denne fordelingen har vært rimelig konstant de siste årene. Dette fremkommer av tabellen nedenfor:

Fagområde	2008	2009	2010
Kirurgi	124	142	105
Medisin	58	78	87
Ortopedi	79	93	93
Psykisk helsevern, voksne	78	114	106

Tallene viser at det ikke har vært noen betydelig endring i den samlede pågangen det siste året, men det er det er interne endringer som en finner grunn til å kommentere nærmere litt senere.

Erfaringsvis har vi valgt å fordele henvendelsene i 3 grupper; Kvalitet i helsehjelpen, Pasientrettigheter og Komplikasjon/skade.

Type henvendelse	2008	2009	2010
Kvalitet i helsehjelpen	317	460	483
Pasientrettigheter	172	276	296
Komplikasjon/skade	213	213	189

4.1 Kvalitet

Felles for nesten alle saker vedr. kvaliteten på helsehjelpen, er mangel på informasjon og dårlig kommunikasjon. Dette har vært tema i alle tidligere årsmeldinger fra pasient-og brukerombudet, og det vil nok sikkert måtte være det i fremtidige årsmeldinger også.

Det er ofte slik at helsepersonell bestrider at informasjon ikke er gitt, de hevder å ha informert ”*på vanlig måte*” Dette kan meget godt være tilfelle, men ettersom pasientene ikke har oppfattet budskapet må en se på om ”*vanlig måte*” er rett måte å kommunisere på. Dersom ikke pasienten har forstått den informasjonen som blir gitt, hjelper det så uendelig lite om det er nedtegnet i journalen at informasjon er gitt.

Helsepersonell bør derfor investere i tid til å gi rett informasjon til rett tid. De bør forsikre seg om at det er kommunisert på en slik måte at pasienten har forstått det som er sagt. En informert pasient er som oftest en trygg pasient. Det er ombudets klare påstand at den tiden man investerer i dette, vil gi tifold tilbake i form av mer informerte og tryggere pasienter.

Det er også slik at pasientene forteller at legen ikke hadde lest journalen før konsultasjonen, dette er særlig uheldig hvis dette er en ny lege for pasienten. Pasientene opplever dette som lite respektfullt. Ombudet har hatt dette som tema i kontakten med behandlingsstedene, og den forklaringen som gis er igjen dette med mangel på tid. I en klagesak bekreftet legen at han ikke hadde lest journalen, det hadde han ikke hatt tid til. Han mente imidlertid at det ikke gjorde noe, for ”*han hadde til og med undersøkt pasienten*”!

Fellesnevneren her er tid, og tid er noe helsepersonell alltid synes å ha knapphet på. I en sak der ombudet etterlyste tilbakemelding i en sak ble legen frustrert og uttalte følgende:

”Det er så mange uttalelser som skal skrives og sendes til pasientombudet, Helsetilsynet, forsikringsselskap og NPE at vi snart ikke får tid til å behandle pasientene. Hva sier pasientombudet til det?”

Implisitt i denne uttalelsen var at ombudet med alle sine krav var medvirkende til at legene ikke fikk tid til å behandle pasientene, dette er å snu verden på hodet!

4.2 Pasientrettigheter

I forhold til pasientrettigheter gir kontoret mye råd og veiledning. Mange pasienter tror at de har langt sterkere pasientrettigheter enn det loven gir, kontoret må derfor ofte realitetsorientere de som tar kontakt. Videre er det mange pasienter som tar kontakt med ombudet fordi de ikke selv våger å ta kontakt med behandlingsstedene, og noen av disse forteller om dårlige opplevelser når de har ringt behandlingsstedet tidligere. Mange tar kontakt med kontoret med spørsmål om fristbrudd og hvordan de skal forholde seg til dette, det synes heldigvis som om terskelen for å kontakte ombudet er lavere.

4.3 Pasientskade

I forhold til komplikasjon/skade er dette ofte saker hvor pasienter tar kontakt med spørsmål om de kan ha rett til erstatning. Ut fra tabellen kan det synes som om det har vært en nedgang her, men dette skyldes en endring i registreringen. Tallet for henvendelsesgrunner hvor søknad om erstatning kunne være et mulig tiltak er 300 i 2010., mens det i 2009 var 278. Norsk Pasientskadeerstatning mottok til sammen 272 saker vedr. Helse Stavanger HF og Helse Fonna HF i 2010. Det er derfor naturlig å anta at flestparten av de som fremmer erstatningskrav mot disse 2 helseforetakene har vært i kontakt med kontoret her. Norsk Pasientskadeerstatning har veldig gode nettsider, www.npe.no Pasientene får der god hjelp til å fremme sin sak på egen hånd, trenger de bistand får de det ved ombudskontoret.

4.4 Forskjellige spesialiteter

4.4.1 Urologi

Helse Stavanger	2009	2010
Urologi	7	33

Denne avdelingen har hatt en økning med 26 henvendelser, dette må kunne sies å være en stor økning. Mange av de pasientene som har tatt opp saker vedr. denne spesialiteten er pasienter som er under utredning eller behandling for cancer prostata. Vi har registrert følgende henvisningsgrunner:

- Ønske om fornyet vurdering
- Forsinket/feil behandling
- Forsinket/feil diagnose
- Henvising
- Individuell behandlingsfrist
- Medisinering
- Nødvendig helsehjelp
- Omsorgsfull hjelp
- Oppførsel
- Pasientskade, komplikasjon
- System
- Utskriving, oppfølging
- Ventetid

Det er med støtte i denne fremstillingen vi tillater å gi uttrykk for at vi mener det er flere enn den tidligere nevnte pasienten som kan fortelle mye usikkerhet og uvisse i behandlingsforløpene sine. I mange av sakene er den nye Da Vinci-roboten et tema. Det kan synes som om denne har tappet avdelingen for ressurser til den daglige driften, og at implementeringen av denne har medført forsinkelser i den øvrige pasientbehandlingen. Dette var nok ikke meningen, men det synes å være et klart behov for å gjøre en endring her. Vi finner grunn til å stille spørsmål ved at man lar pasientene vente i flere måneder på behandling i Da Vinci-roboten ved SUS, mens det er 14 dagers ventetid for samme behandling ved sjukehus i Helse-Sørøst.

4.4.2 Rusbehandling i Rogaland

2008	2009	2010
33	49	51

Dette er det samlede tallet for Rogaland, og viser at pågangen innen rusfeltet har vært omtrent den samme i 2009 og 2010. Pasientene innen denne gruppen kan være fraværende i lengre perioder, med innslag av stor pågang over kort tid i andre perioder. Det er ofte slik at behandlingsstedene kan ha innført nye regler eller behandlingsstrategier,. Da får vi ofte flere henvendelser på kort tid. Eksempler på dette kan være medikamentbytte for de som er i LAR. Mange pasienter ønsker sterkt å unngå en overgang fra Subutex til Subuxone. Dette har vi flere henvendelser på.

Det er dessverre slik at mange av disse pasientene ikke tar kontakt med pasient-og brukerombudet før situasjonen er helt fastlåst. Enten at man har fått beskjed om utskrivelse eller er pålagt strenge henteregimer pga påvist sidemisbruk. Vi prøver da å bidra til dialog, og bistår med klage til Helsetilsynet dersom det er veien å gå.

”En pasient var i en behandlingsinstitusjon for rusavhengige og ble overført til Psykiatrisk klinikk fordi det ble vurdert at han trengte psykiatrisk behandling. Etter en måneds tid skrives han ut fra psykiatrisk klinikk til hospits, uten noen videre oppfølging. Klinikken hadde ikke engang sørget for at det var plass til ham på hospiset. Det var ikke dere ansvar, sa de. Pasienten kontaktet hjemkommunen og ble der lovet omsorgsbolig. Dette tilbudet ble senere trukket tilbake. Pasienten, som før innleggelsen i psykiatrisk klinikk var i gang med en rusbehandling han var vurdert til å ha rett til, måtte så stille i ny kø for å få ny institusjonsplass. Pasienten venter fortsatt på denne plassen, og det har gått svært dårlig med ham i ventetiden”

”En pasient som var innlagt i en rusbehandlingsinstitusjon tok kontakt da han ble utskrevet fordi han ikke klarte å avgi urinprøve til rett tid. Dette tolkes av institusjonen som positiv prøve, med utskrivelse til følge. Ombudet hjalp pasienten med å påklage utskrivelsen til Helsetilsynet. Pasienten fikk medhold og behandlingsplassen tilbake. Dette gjentar seg så en gang til, og institusjonen reagerer igjen med utskrivelse. Ny klage til Helsetilsynet som anførte at institusjonen ikke hadde noe alternativt tilbud til pasienten, og han fikk igjen plass i samme institusjon. Til orientering skal det nevnes at han ikke hadde noen positive urinprøver. Pasienten er nå tilbake i institusjonen, men behandlingen er blitt vesentlig forsinket på grunn av disse utskrivelsene.”

Pasient-og brukerombudet har hatt henvendelser fra bekymrede pasienter og pårørende som frykter konsekvensene av den omleggingen av rusbehandlingen som nå finner sted. Særlig er de opptatt av at pasienter som er i institusjoner må få videre behandling andre steder når avtaleperioden med HelseVest RHF utløper.

”Vi har nylig mottatt informasjon om at en av de pasientene som skulle hatt et lengre behandlingsopphold nå blir skrevet ut pga at institusjonen han er på legges ned. Han ble søkt inn til videre behandling ved Rogaland A-senter, men ble avvist der fordi han ikke var i målgruppen. Andre aktuelle behandlingsinstitusjoner har opptil 9 måneders ventetid.”

Det er sterkt å håpe at pasienten er kommet så langt i rehabiliteringen at han vil klare overgangen til egen bolig og poliklinisk oppfølging. Det er stor fare for at de betydelige ressursene som er nedlagt både av pasienten selv og Helse Vest RHF i form av innsats og økonomi, blir bortkastet når behandlingsforløp avbrytes på denne måten. Pasient-og brukerombudet vil følge denne utviklingen med interesse. Vi har kontakt med flere pasienter som er i denne gruppen.

4.4.3 Psykiatri

Felles for mange av de henvendelsene vi mottar innen psykiatrien er at pasientene er tvilende til den diagnosen de har. Mange oppgir å ha fått flere diagnoser. De gir uttrykk for ønske om å skifte behandler, noe det ofte viser seg vanskelig å få gjennomført. Flere tar opp problemstillingen vedr. hvilken avdeling/sengepost de hører til på. Selv om pasientene oppgir svært forståelige grunner til at de ikke ønsker opphold på bestemte avdelinger/sengeposter, oppleves det som svært vanskelig å få gehør for dette.

Det følger av Prl. § 3-1 at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen. Selv om denne bestemmelsen påberopes er det vanskelig for pasientene å nå frem her. Flere pasienter har vanskelig for å akseptere at retten til å medvirke ikke betyr det samme som at de selv kan bestemme hvor de skal få behandling. For noen av pasientene fører dette til at de avstår fra behandling med det til følge at tilstanden forverrer seg, og de ender opp med tvungent psykisk helsevern. De forhold vi her nevner gjelder både Helse Stavanger HF og Helse Fonna.HF.

”En av pasientene som kontaktet ombudet ba om hjelp til å klage på vedtak om behandling med legemiddel uten samtykke. Han hadde da vært tvangsmedisinert i over ett år. Han mente selv at han ikke lenger hadde behov for denne medisineringsen, og var tydelig på at han mente vilkårene i Lov om psykisk helsevern § 4-4 a ikke var oppfylt. Dette fordi det ikke kunne sies at legemiddelbehandlingen hadde en gunstig virkning som klart oppveier for de bivirkningene han hadde. Saken ble klaget inn til Helsetilsynet og pasienten fikk medhold.”

”En pasient med diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse tar kontakt med ombudet. Det oppgis flere grunner til kontakten, bl.a. at pasienten ved forverring av tilstanden opplever at han ikke får den hjelpen han selv har erfart best behandlingseffekt av. Ved behov for akutte innleggelseser, etter henvisning fra fastlege eller legevakt, blir det ”alltid” en diskusjon med AAT-vakten ved aktuelt DPS. Det ender som regel opp med at pasienten tilbyr en kriseseng over natten, med påfølgende utskrivelse neste dag. Pasienten forteller at han har hatt god effekt av en litt lengre innleggelse ved et annet DPS, og ønsker derfor å ha dette som rett behandlingssted når han igjen får behov for hjelp. Pasienten beskriver de 2 DPSene, som er i samme helseforetak, som vidt forskjellige. I det DPS et han ønsker seg til opplever han å bli sett og hørt på en god og omsorgsfull måte, det er ikke slik han beskriver det andre DPSet.

Pasienten klager saken inn for Helsetilsynet, ovennevnte forhold er kun en liten del av klagen. I forlengelsen av dette deltar ombudet i møte med DPSet sammen med pasient, pårørende og representant for Mental Helse. Ombudet opplevde dette som et godt møte, og helsepersonell virket å ville bidra til at pasienten skulle få en bedre opplevelse. Pasienten ble derfor sterkt oppfordret av ombudet til å gi DPSet en sjanse til. Pasienten gjorde det, men det synes ikke som om vedkommende som mottok pasienten da var kjent med at det hadde vært avholdt et møte, eller villig til å undersøke dette nærmere. Pasienten fikk dermed igjen kun et tilbud om en natts kriseseng. Dette var et slag i ansiktet for pasienten, og resulterte i at det ikke ble noen innleggelse og pasienten måtte bli ivaretatt av andre. Det tilbudet som DPSet her gir, er for denne pasienten det samme som at de avviser han. Etter det møtet ombudet deltok i, oppleves dette som en underlig oppfølging fra DPSet. Det er ikke bare pasienten som er skuffet her. Klagen til Helsetilsynet er fortsatt under behandling.”

I et mediaoppslag nylig ble det bl.a.snakket om knapphet på ressurser. Det ble da også uttalt at omsorg ikke koster noe. Dette er veldig sant! Respektfull og omsorgsfull behandling er noe alle pasienter har rett på.

5 Kommunale helse-og sosialtjenester

2008	2009	2010
114	159	212

2010 er det første hele året hvor kommunale helse-og sosialtjenester har vært omfattet av pasient-og brukerombudsordningen. Tabellen over viser antall henvendelser de 3 siste år. Det knyttet seg stor spenning til hvor mange henvendelser man ville få, pr. i dag er det rett i overkant av 20 % av henvendelsene. Tallet er noe lavere enn man bør forvente, det er 25 % på landsbasis. Det antas derfor at det vil øke ettersom ordningen blir mer innarbeidet og mer kjent.

5.1 Kommunehelsetjenesten

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Sakene vi mottar omhandler: Fastleger, fengselshelsetjeneste, fysioterapi, heldøgns boform/sykehjem, helsestasjon, jordmor, skolehelsetjeneste, hjemmesykepleie, (re)habilitering, legevakt, psykisk helsearbeid.

I Rogaland er det slik at de fleste henvendelsene kommer fra de største kommunene. Det er 26 kommuner i Rogaland, og vi har registrert henvendelser fra 19 av disse. Ettersom tallene er så vidt små finner vi det rett å omtale alle kommunene under ett, dette ikke minst av hensyn til pasientene.

5.1.1 Allmennlegetjenesten

Det er registrert 109 henvendelser vedr. allmennlegetjenesten, dette vil si fastlegene.. Fastlegen har en svært viktig rolle i dagens helsetjeneste, det er helt avgjørende at man har en fastlege man har tillit til og som man føler seg møtt av. Ikke alle pasienter opplever det slik, og etter mye frustrasjon er det en del som kontakter ombudet og ber om råd. I de tilfellene hvor situasjonen virker fastlåst anbefaler vi at pasienten benytter seg av sin rett til å bytte fastlege. De som velger å gjøre dette spør ofte om ombudet har noen fastleger å anbefale, noe vi ikke har mulighet til.

Problemstillingene som tas opp i forhold til fastlegene er at de føler at fastlegen drøyer for lenge før de henvises videre, de får ikke den medikasjonen de etterspør, det er vanskelig å få kontakt med fastlege, det er lang ventetid, problemer med å få utlevert journal kopi, kontorfasilitetene er slik at pasienter opplever at taushetsplikten krenkes, de opplever at de ikke får omsorgsfull hjelp og de reagerer på legens oppførsel. Det er flere tilfeller der pasientene opplever at de skulle vært henvist til spesialisthelsetjenesten langt tidligere. I forhold til dette med henvisninger skal det nevnes at det nok kan være slik at henvisning er sendt fra fastlegen, men ikke registrert mottatt ved sykehusene. Hvis pasientene selv har kopi av henvisningen kan de følge dette opp på en bedre måte. Det er ikke ukjent at vi må be fastlegen om å sende henvisningen på ny.

Alvorlige saker vedr. fastlegene oversendes til Helsetilsynet direkte, og flere saker tas opp med kommuneoverlegen eller tilsvarende. Ombudet tar også direkte kontakt med fastlegen dersom dette finnes hensiktsmessig.

5.1.2 Heldøgns boform

Ombudet hadde forventet å motta mange henvendelser vedr. sykehjemmene, dette har ikke blitt tilfelle. Det er registrert 23 henvendelser vedr. Heldøgns boform, institusjon. 8 av disse gjelder mangel på omsorgsfull hjelp. I dette ligger at pasientene ikke får den hjelpen de har behov for når de trenger den, ofte dreier dette seg om pleiemessige forhold.

”Ombudet ble kontaktet av pårørende i en sak vedr en Parkinsonspasient som opplevde en betydelig forverring i helsetilstanden under et korttidsopphold i sykehjem for rehabilitering. Under oppholdet var pasienten til kontroll ved nevrologisk poliklinikk ved sykehuset. Det ble da bestemt en endring i doseringstidspunktene, og foreslått en tilleggsmedikasjon. I notatet fra denne kontrollen, som ble sendt til tilsynslegen ved sykehjemmet, oppgis det et direktenummer til overlegen ved nevrologisk avdeling og det oppfordres til å ringe dersom det er vedvarende problemer i forhold til medisineringsen. Doseringspunktene ble ikke endret, men tilleggsmedikasjon ble innført.

Det er 3 leger tiknyttet dette sykehjemmet. En av disse fant etter et par ukers tid grunn til å stille spørsmål ved om pasienten hadde Parkinson, og han seponerte Sinemet, (Parkinsonmedisinen). Dette fordi tilleggsmedikasjonen virker bra. 3 dager senere beslutter samme lege at også tilleggsmedikasjonen skal seponeres. Etter dette blir pasienten tiltakende dårligere, veldig stiv i kroppen, problemer med å gå, vanskelig å mobilisere, gav uttrykk for at han føler at kroppen ikke lystret. Etter at familien, som så at pasienten ble mye dårligere uten at noe ble gjort ved sykehjemmet, tilslutt kontaktet sykehuset direkte, kommer pasienten 2 måneder senere til ny kontroll ved nevrologisk avdeling. Det påvises da en klar forverring av hans Parkinsonisme og Sinemet startes opp på nytt. Pasienten kom seg heldigvis bra etter dette, og han ble igjen i stand til å komme hjem til egen bolig.

Helsetilsynet fant i denne saken at den ene sykehjemslegen ikke hadde innrettet seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhentet tilstrekkelig bistand ved seponeringen av Sinemet. De skriver videre at pasienten ikke i forsvarlig grad ble fulgt opp og undersøkt i etterkant av at medikamentet ble seponert. Dette er et brudd på faglig forsvarlighet etter helsepersonellovens § 4. Saken er oversendt Statens Helsetilsyn for vurdering av om det er grunnlag for reaksjon etter kapittel 11 i helsepersonelloven.

Helsetilsynet stilte videre spørsmål til om kommunen har god nok styring med legetjenesten ved sykehjemmet, jfr. Internkontrollforskriftens § 4. Kommunen har ikke tydeliggjort hva sykehjemslegefunksjonen innebærer, og hvordan oppøver og ansvar er fordelt mellom legene.”

Det er ellers slik at ombudet får henvendelser vedr. sykehjemspasienter som pårørende mener burde vært innlagt i sykehus på grunn av forverret helsetilstand. I noen tilfelle har nok pårørende rett i dette, men ikke alltid. Det er vanskelig når en slik situasjon oppstår, det er derfor viktig at det foreligger skriftlige behandlingsplaner som beskriver hva som skal gjøres når slike endringer inntreffer. Det er viktig at pasienten eller pårørende er involvert i utarbeidelsen av slike planer. Etter det ombudet har oppfattet er dette noe som implementeres ved de forskjellige sykehjemmene, dette er veldig positivt. Det kan gi både pasienter og pårørende en tryggere hverdag.

En annen type sak som vi anser som aktuell for tiden er unge pasienter som bor i døgnbemannede boliger. Vi har en slik sak under behandling. Klagen omfattet boligspørsmål, individuell plan samt manglende tillit mellom saksbehandler og pasientens nærmeste pårørende som også er hjelpeverge. Under sakens gang har vi mottatt en tilbakemelding fra kommunen, vi finner det rett å sitere derfra:

”Det er klart at helse og sosialkontoret ikke har lyktes med å oppnå et tillitsforhold med brukerens foreldre. Spørsmålet om nåværende og framtidig bolig er et sentralt tema i brukerens liv som ikke har vært forsvarlig behandlet i forbindelse med revidering av hans individuelle plan. Spørsmålet er heller ikke forvaltningsmessig rett behandlet fordi bytte av bolig krever medvirkning og søknad fra den det angår. Formålet med individuell plan er å sikre medvirkning og å skape forutsigbarhet og tillit.

Jeg beklager at vårt kontor ikke har fulgt reglene for god forvaltningsskikk og at vi ikke har oppfylt brukerens rett til medvirkning i forbindelse med vurdering av endringer i tjenestetilbudet og hans individuelle plan.”

Ombudet anser det som positivt at det gis innrømmelser på at feil er gjort, og det er viktig at det beklages. Beklagelser sitter fortsatt langt inne hos helsepersonell. Hvordan saken til slutt ender er vi naturlig nok spente på, og vi skal delta på møte mellom pårørende og kommunen.

5.1.3 Legevakt

Av øvrige saker innen kommunenes helsetjeneste er det registrert 22 saker vedr. legevakt, disse gjelder ofte at man ikke er blitt innlagt i sykehus etter først konsultasjon. Ny lege ved neste konsultasjon legger gjerne pasienten inn, når dette skjer er det pasientenes opplevelse at den første legen ikke har ytet dem forsvarlig helsehjelp. Annen typisk henvendelsesgrunn er oversett bruddskade.

5.1.4 Øvrige henvendelser

Det er ellers få saker vedr. hjemmetjenester, hjemmesykepleie. De sakene man har hatt dreier seg ofte om at pasientene synes de ikke får den hjelpen de forventer, og i noen tilfelle er det klart at det er behov for bedre vedtak. Uklare vedtak er ofte medvirkende til at det oppstår kommunikasjonssvikt, da kan det oppstå vanskelige situasjoner både for pasienter og ansatte i helsetjenesten.

5.2 Sosialtjenesten

Kommunene er ansvarlige for å utføre de oppgaver etter sosialtjenesteloven som ikke er lagt til et statlig organ. Det betyr blant annet å drive generell forbyggende virksomhet og å yte tjenester etter sosialtjenestelovens kapittel 4. Sakene vi mottar, omhandler avlastning, barnebolig, brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn, praktisk bistand og støttekontakt.

Antall henvendelser er for lavt til å gi grunnlag for kommentarer.

6 Forslag til tiltak

- 6.1** PWCs rapport ”Gjennomgang av virksomheten ved Klinikk for psykisk helsevern, Helse Fonna HF” bør lese av alle som arbeider i psykiatrien i Rogaland
- 6.2** Helse Vest RHF bør pålegge avtalespesialistene en vurderingsplikt innen 30 virkedager og plikt til å gi pasientene en individuell behandlingsfrist.
- 6.3** Avtalespesialistene må omfattes av oversikten på frittsykehusvalg.no .
- 6.4** Fastlegene må være oppdaterte i forhold til ventetider, ikke bare anta at ventetiden er kortere hos avtalespesialistene enn ved helseforetakene.
- 6.5** Helse Stavanger HF må få fortlgang i avvikling av ventekøen for pasienter som venter på rekonstruksjon av bryst.
- 6.6** Helse Vest RHF oppfordres til å inngå avtale med Varde Hjerter Center i Danmark eller tilsvarende, frem til utvidet tilbud med økt kapasitet innen ablasjonsbehandling er på plass.
- 6.7** Helseforetakene må bli tydeligere på informasjon om behandling og planlagte behandlingsforløp. Dette bør skriftliggjøres.
- 6.8** Pasienter bør få tilbud om kopi av henvisninger, journalnotater og epikriser.



Pasient-og brukerombud i Rogaland

Postboks 8100, 4068 Stavanger

Telefon: 95 33 50 50

E-post: rogaland@pasientogbrukerombudet.no

www.pasientogbrukerombudet.no